



วารสารวิจัยสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน

JOURNAL OF HOSPITAL AND COMMUNITY HEALTH RESEARCH

ISSN: 2958-0630 (Online)

Vol. 3 No. 1 January - April 2025

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

THAIJO 





วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน Journal of Hospital and Community Health Research

Office: โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 43130
Tel: 042-483186 ต่อ 123
Fax: 042-483187
Mobile: 093-3038406
E-mail: pthjohos@gmail.com
Website: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nthio/index>

วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสาขาวิชาชีพและผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจากรายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัยของงานวิจัยนั้นให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความตามโครงสร้าง องค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง ในสาขาที่รับตีพิมพ์ เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบายวิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้า กระดาษ A4

3. บทความปริทัศน์ (Review article) หมายถึง บทความที่เรียบเรียงโดยมีการวิเคราะห์ วิวิจารณ์เปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม

นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ตีพิมพ์วารสารฯ จะต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็น ทบทวน และตรวจสอบ วิทยาการวิจารณ์ ความถูกต้อง เหมาะสมทางวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (Peer-Reviewed) ก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบการปกปิดสองทาง (Double Blinded)

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯ รับผิดชอบเฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ (Honorary Advisor)

นพ.ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

นายแพทย์ปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อาจวานิชชากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

นางสุภาพร ปานิเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

คณะผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer reviewers)

รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ พิมพ์ดี	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ
รองศาสตราจารย์ ดร. ยุภาพร สมิน้อย	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.เชิดชัย สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เก่งกาจ วินัยโกศล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร วงศ์จันทา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จากรุวรรณ ก้าวหน้าไกล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาพร จงวุฒิเวศย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนโบริแมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.สีขาว เชื้อปรุง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ นักรู้กำพลพัฒน์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ. ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายบัน ยีรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทิก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรชัย กิจติกาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.หนองคาย
ดร.พชรวรรณ คูสกุลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนะบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สคร. 7 จ. ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์
พญ.ภรณ์ พรวัฒนา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
ภญ.สุพัตรา แซ่กลาง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
นางวัชรภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทร์ทิพย์ ฤทธิ์ธูติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีگان สังขะฤกษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร
นางธมลวรรณ คณานิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ภูแก้ว จ.อุดรธานี
ภญ.วิภาพร องคนุสรณ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.โพธิ์ตาก
ภญ.เยาวลักษณ์ บุญจันทร์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.ศรีเชียงใหม่

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word for Windows) โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย หรือมีความจำเป็นการใช้ชื่อย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรกก่อน และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน ยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน และขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ด้านล่าง และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น เนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 15 หน้า

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่นปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาไทยใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช่คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) เขียนต่อจากชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งทางวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วมเชิงปัญญา เริ่มจากชื่อแรกมากที่สุด ถึงชื่อสุดท้ายน้อยที่สุด พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ E-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) แทรกเป็นตัวเลขเชิงอรรถ ตามลำดับด้านท้ายหน้าแรก

3. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุวัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา โดยใช้ภาษาเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือยคำ เป็นประโยคสมบูรณ์สื่อความหมายได้ชัดเจนและกระชับ อ่านเข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เขียนแยกสองภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เริ่มบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยมีความยาวไม่เกิน 350 คำ

4. คำสำคัญ (Keywords) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยเลือกคำสำคัญที่สอดคล้องกับบทความประมาณ 3-5 คำ

5. เนื้อหา (Text)

5.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎี วัตถุประสงค์เหตุผลความจำเป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับวัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างอิงสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างอิงข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์ทั่วไป (ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้าง ทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือเนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครพร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูลทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหาสั้นกะทัดรัด

4) วิเคราะห์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากผลการวิจัยขั้นต้น ร่วมกับการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทัศนะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของเนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

หมายเหตุ : เนื้อหาแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (หากเกิน 15 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิกเป็นตัวยกในเครื่องหมายวงเล็บ () ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดยเรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้าง และไม่ควรรีบทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

8) ตาราง รูป และสมการ

(1) ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

(2) รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่” และมีคำอธิบายใต้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างที่มา ส่วนของรูปภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารยืนยันของเจ้าของสิทธิ์ให้สามารถนำมาใช้ได้ รูปภาพหรือตารางที่ทำการส่งมาควรแยกไฟล์ให้ด้วยและเป็นไฟล์นามสกุล .JPG, .JPEG (Joint Photographic Experts Group) หรือ .TIFF (Tagged Image File Format) ขนาด 300 dpi ขึ้นไป

(3) สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ชิดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

5.2 บทความวิชาการ, บทความปริทัศน์, บทความพิเศษ

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาที่ไป ภูมิหลังความสำคัญ ขอบเขตของเรื่องที่ต้องการอธิบาย แสดงวัตถุประสงค์ และอาจให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากบทความ โดยสามารถอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยเพื่อเน้นในประเด็นของหัวข้อดังกล่าว ความยาวของบทนำควรอยู่ระหว่าง 10-20 % ของส่วนเนื้อหา

2) เนื้อหาผู้เขียนสามารถเขียนอธิบาย วิธีการ หลักการทฤษฎี วิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลและให้เหตุผล ของประเด็นที่เขียน โดยอาศัยตาราง รูปภาพ แผนภูมิ เพื่อประกอบคำอธิบายและอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยโครงสร้างการเขียนสามารถเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสมของผู้เขียนอย่างเป็นลำดับ แต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์ในตนเอง ไม่ยาวไปหรือมากเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

3) บทสรุป (Conclusions) เขียนสรุปสิ่งที่ได้อธิบายความ ข้อดีข้อเสีย หรือเสริมส่วนที่ไม่ปรากฏในเนื้อหาหรือย้ำในสิ่งสำคัญของเรื่อง และ แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หรือ ตัดสินความในประเด็นที่ปรากฏในงานเขียน อย่างไรก็ดีไม่ควรเขียนนอกเรื่องที่ไม่ปรากฏในบทความ

5.3 รายงานผู้ป่วย

1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (Identification data) เพศ อายุ เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม อาชีพ

2) อาการนำ หรือ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Chief complaint, CC) ระยะเวลาที่เป็นก่อนมาโรงพยาบาล

3) ปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้ (Present illness, PI) วัน เดือน ปี เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ สาเหตุของอาการนำ ความรุนแรงของอาการ ความถี่ อาการดีขึ้น แย่ลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการผิดปกติร่วมเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

4) ประวัติโรคเดิมผู้ป่วย (Past medical history, PMH) ยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลานานเท่าไร

5) ประวัติครอบครัวผู้ป่วย (Family history, FH)

6) ประวัติทางสังคม Patient profile (Personal history) เศรษฐฐานะ, ศาสนา, การสูบบุหรี่, ดื่มสุรา

7) การตรวจร่างกายเป็นระบบ(Systematic review and Physical examination)

- 8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ภาพรังสี (laboratory investigation, Radiography)
- 9) การวิเคราะห์ข้อมูล(data analysis) อาจทำเป็นproblem list
- 10) การวินิจฉัยโรคข้างต้น และการวินิจฉัยแยกโรค (Provisional diagnosis and differential diagnosis)
- 11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)
- 12) อภิปรายผล (Discussion)

เกณฑ์การพิจารณาตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความพื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณา
กลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อ
ของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหน
มาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยที่เกี่ยวกับคน
จะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้
ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือ
ข้อเสนอแนะ ผู้นิพนธ์ต้องดำเนินการปรับแก้ภายในระยะเวลา 15 วันนับจากวันที่แจ้งผลประเมินบทความ
บทความที่ผ่านการพิจารณาเรียบร้อยแล้วจะได้ลงเผยแพร่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม



Copyright Notice

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใด ๆ ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

บทบรรณาธิการ

(Editorial)

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นวารสารวิชาการ และเป็นแหล่งเรียนรู้ ตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข และมุ่งหวังที่จะพัฒนาวิชาการให้เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในระดับสูงขึ้น โดยกำหนดให้เป็นออกวารสารราย 4 เดือน ซึ่งฉบับนี้เป็นฉบับประจำปี ที่ 3 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) และบทความทั้งหมดที่ส่งเข้ามาจะได้รับการประเมินคุณภาพของผลงานวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องจำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนที่จะได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้ทางวารสารจึงขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขให้เกิดผลงานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น และมุ่งหวังให้วิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ได้เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการมากขึ้น ดังนั้น กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารนี้จะ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น

และขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารฯ โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo> และกองบรรณาธิการยินดีรับการตีพิมพ์ และรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกท่านด้วยความขอบคุณยิ่ง และพร้อมที่จะร่วมกันพัฒนาคุณภาพวารสาร และเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพต่อไป

Dr.koraphat Artwanischakul

Editor

Contents

บทความวิจัย /Research article

- ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย 1-13

The effects of Potential Development program for Caregivers of Elderly Dependents,
Phan Phraow Subdistrict, Si Chiang Mai District, Nong Khai Province.

ปวริศรา อาจวานิชชากุล พย.บ. Pavarisra Artwanischakul, (B.N.S),

กรภัทร อาจวานิชชากุล ส.ม.,ปร.ด Koraphat Artwanischakul, (M.P.H.,Ph.D)

- สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ 14-27

Competencies of village public health volunteers that affect the health care of the
elderly of village public health volunteers Bang Sao, Thong District, Samut Prakan
Province.

ประเสริฐ ทองเรือง วท.ม.

Prasert Thongrueng, (M.Sc.)

- ผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า
โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก้วบ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล 28-41

The results of a five-dimensional happiness program for elderly people at risk of depression
Elderly school in Pa Kae Bo Hin Subdistrict, Thung Wa District, Satun Province.

อนงค์ เกื้อสกุล พย.บ.

Anong Kuasakul, (B.N.S)

- การศึกษาประสิทธิผลของตำรับแก้ลมแก้เส้น คลินิกกัญชาทางการแพทย์
โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ 42-52

A Study on Effectiveness of Kaelom kaesen recipe at Cannabis clinic Sichiangmai Hospital.

ศันสนีย์ สมบัติธีระ พท.บ.

Sansanee Sombatteera, (B.ATM)

- การพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น 53-69
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Development of access to public health services for local government employee welfare beneficiaries in sub-district health promoting hospitals under the Nong Khai Provincial Public Health Office.

คัมภีร์ วงศ์วิเชียร ส.บ,ค.อ.ม.,

Kumpee Wongwichian, (B.P.H, M.Sc.),

อัญชลีพร วุฒิเบิก ป.พ.ส,

Anchaleeporn Wuttipek, (Dip in Nursing Science, M.P.H.M)

พัชฌณ ศรีหาบุตร วท.บ.

Patchamon Srihaboot, (B.Sc.)

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

The effects of Potential Development program for Caregivers of Elderly
Dependent, Phan Phraow Subdistrict, Si Chiang Mai District, Nong Khai Province.

ปวรศรา อาจวนิชชากุล พย.บ.

Pavarisra Artwanischakul, (B.N.S)

ภรภัทร อาจวนิชชากุล ส.ม., ป.ร.ด

Koraphat Artwanischakul, (M.P.H, Ph.D)

โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่

Si Chiang Mai Hospital, Si Chiang Mai District,

จังหวัดหนองคาย

Nong Khai Province.

โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก

Photak Hospital, Photak District,

จังหวัดหนองคาย

Nong Khai Province.

(Received: 19 January 2025, Revised 30 February 2025, Accepted: 5 March 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการโดยใช้แบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาในการศึกษาจำนวน 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired-Sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะและมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ โดยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน จะช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลได้โดยตรง มีความสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดียิ่งขึ้น และควรมีการติดตามผลในระยะยาว ทั้งนี้เพื่อติดตามความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้ดูแล

ติดต่อผู้พิมพ์ : ปวรศรา อาจวนิชชากุล อีเมล : pava545@gmail.co

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the potential development program for caregivers of dependent elderly in Phan Phraow Subdistrict, Sri Chiang Mai District, Nong Khai Province. The sample group of 40 caregivers of dependent elderly people was obtained through purposive sampling. Data was collected before and after the experiment using questionnaires. The study period was 12 weeks, from September 2024 to November 2024. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired-Sample t-test.

The findings revealed that after the sample group participated in the elderly caregiver potential development program, their average scores for knowledge, attitudes, and ability to care for dependent elderly individuals significantly increased ($p < 0.05$). This research indicates that the potential development program, which allows caregivers to learn through participatory teaching methods, can directly enhance caregivers' capabilities, enabling them to provide better care for dependent elderly individuals. It is recommended to conduct long-term follow-up to monitor the sustainability of care for dependent elderly individuals.

Keywords : Dependent elderly, Caring for Dependents, Caretaker

Corresponding author : Pavarisara Artwanischakul **Email:** pava545@gmail.com

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนประชากรสูงอายุประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 จะเห็นได้ว่า ประชากรโลกมีแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลผู้สูงอายุกลายเป็นภาระหนักมากขึ้นแก่ครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ⁽¹⁾ ด้วยความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568⁽²⁾ ปัจจุบันของประเทศไทย มีประชากรจำนวนทั้งหมด 66.05 ล้านคน โดยมีอัตราการเพิ่มที่ช้าลงอย่างมากจนเหลือเพียงร้อยละ 0.2 ต่อปี ขณะเดียวกันประชากรสูงอายุกลับมีอัตราการเพิ่มขึ้นที่สูงมาก โดยมีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13.45 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.70⁽³⁾ เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) เพิ่มจากร้อยละ 10.9 ในปี 2563 จะเป็นร้อยละ 14.5 ในปี 2583 ทำให้จำนวนผู้สูงอายุวัยต้นเพิ่มขึ้นเป็นเกือบ 10 ล้านคน⁽⁴⁾ จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2564 พบว่า อัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นวัยพึ่งพิงสูงถึง ร้อยละ 30.5 นั่นคือ ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุประมาณ 31 คน⁽⁵⁾ จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุดังกล่าว ซึ่งจะมาพร้อมกับภาระโรคเรื้อรังต่าง ๆ และมักมีภาวะทุพพลภาพตามมา อันเกิดจากความถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หรือมีข้อจำกัดอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน⁽⁶⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่า 13 ล้านคน และมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง (Dependent) และมีแนวโน้มติดบ้านติดเตียงมากขึ้นตามลำดับ จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านจะกลายเป็นกลุ่มติดเตียงได้ในหลาย ๆ ปัจจัยเป็นตัวเสริม และตามมาด้วยปัญหาอื่น ๆ

และที่พบบ่อย คือ การหกล้มกระดูกหัก สมอกระทุกระเทือน การกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ ปัญหาในการมองเห็นและการได้ยิน⁽⁷⁾ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ดังนั้น จึงต้องอาศัยผู้ดูแล เข้าเกี่ยวข้องและให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน (Activity of daily living-ADL) จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น มีแนวโน้มการมีอายุยืนยาวขึ้นมากขึ้น ทำให้อัตราความต้องการผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย

จากฐานข้อมูลประชากร (HDC) ของจังหวัดหนองคายในปี พ.ศ. 2566 พบว่า จังหวัดหนองคาย มีผู้สูงอายุทั้งหมด 77,417 คน คิดเป็นร้อยละ 15.04 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2566) โดยมีผู้สูงอายุที่เป็นภาวะพึ่งพิง จำนวน 5,059 คน คิดเป็นร้อยละ 6.53 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นจัดเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 4,416 คน คิดเป็นร้อยละ 87.28 และผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 643 คน คิดเป็นร้อยละ 12.71⁽⁸⁾ สำหรับตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 2,226 คน แยกเป็นผู้ป่วยติดบ้าน/ ติดเตียง จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06⁽⁹⁾ จากผลการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น เกิดแผลกดทับ อุบัติเหตุหกล้ม ข้อติดแข็ง ช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันลำบาก การดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง และในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวโรคเรื้อรัง ก็มักจะไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ทั้งความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น

จะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องได้รับการดูแลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การดูแลส่วนใหญ่ญาติจึงมีความจำเป็นต้องเป็นตัวหลัก หากญาติมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย จิตที่ดี ขณะเดียวกันผู้ดูแลที่เป็นญาติก็มีภาระหน้าที่อื่น ๆ ร่วมด้วยทำให้การจัดหาผู้ดูแลต่อความต้องการของผู้สูงอายุไปด้วยจึงอาจจะเป็นปัญหาขึ้นมาได้ในอนาคต การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการดูแลไม่เพียงแค่ช่วยเหลือเฉพาะทางร่างกายแต่ยังรวมถึงการประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณด้วย ดังนั้นจึงต้องอาศัยผู้ดูแล จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และหรือมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุ มีความขยัน ความอดทน และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความอ่อนโยน มีเมตตา จึงจะเอื้ออำนวยต่อการดูแลและทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽¹⁰⁾ ผู้ดูแล ถือเป็นบุคคลสำคัญ และอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด⁽¹¹⁾ ซึ่งอาจจะเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง ที่จะรับบทบาทหน้าที่ในการดูแล ทั้งนี้ ความสามารถในการดูแลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยรวมถึงปัจจัยทางสังคมทั้งด้านการศึกษาความรู้ความสามารถของผู้ดูแล จากการสังเกตการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลยังมีความเข้าใจในการให้การดูแลไม่เหมาะสมมากนัก ส่งผลให้การดูแลเป็นเพียงการ “เฝ้าดู” และให้การดูแลแต่เพียงด้านร่างกายเท่านั้น⁽¹²⁾ ถ้าหากผู้ดูแลขาดความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือไม่ทราบว่า จะปฏิบัติอย่างไร ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในที่สุด

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลขึ้น และในการพัฒนาศักยภาพนั้น จะช่วยเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมที่ดีให้แก่ผู้ดูแลได้ รวมถึงการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งถ้าหากมีการส่งเสริมในการเพิ่มศักยภาพได้อย่างเหมาะสมแล้ว ย่อมจะช่วยให้ผู้ดูแลเหล่านั้นทำงานได้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นำไปสู่คุณภาพของการดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพที่ดี ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขอยู่บนพื้นฐานและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงของตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

วัสดุและวิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยทำการศึกษาในกลุ่มเดียว วัดผลทั้งก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ (One Group Pretest-Posttest Design) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการในการศึกษา จำนวน 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย จำนวน 150 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน ตามคุณสมบัติในการเข้าตามเกณฑ์กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว 3) มีประสบการณ์และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 4) สื่อสารเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาดำเนินการ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ย้ายที่อยู่ 2) ยกเลิกการสมัครใจ หรืองดการให้ข้อมูล เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1. โปรแกรมในพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การอบรมให้ความรู้ เพื่อการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การดูแลกิจวัตรประจำวัน ทั้งการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย และการเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการบริหารร่างกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น ดำเนินการในช่วงสัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความเข้าใจ โดยการทบทวนความรู้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา บทบาทของผู้ดูแล, การปรับเปลี่ยนสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การสื่อสารและสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การปรับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับคนอื่น ๆ จากนั้นนำไปสู่การวางแผนการจัดการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล และแจกเอกสารวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านต่อไป ดำเนินการในช่วงสัปดาห์ที่ 2 :

กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติที่บ้านโดยผู้วิจัยจะคอยให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด และติดตามผ่านโทรศัพท์ เพื่อให้สร้างกำลังใจที่จะให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติมากขึ้น ดำเนินการในช่วงสัปดาห์ที่ 3-9 :

กิจกรรมที่ 4 การติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลอย่างน้อยรายละ 1 ครั้ง เพื่อการสร้างแรงจูงใจ ประกอบกับการติดตาม ชี้แนะและให้คำแนะนำ รวมทั้งการกระตุ้นให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องดำเนินการในช่วงสัปดาห์ที่ 10-11 :

กิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 12 : การประเมินผล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทำแบบสอบถาม และประเมินผลหลังจัดกิจกรรม และภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบใช่ (1 คะแนน) ตอบไม่ใช่ (0 คะแนน) การแปลความหมาย 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับมาก ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามด้านบวก และคำถามด้านลบ เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับมาก ปานกลาง และน้อย เป็นต้น

3. ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 ข้อ ดังนี้ 1) ความสามารถในการดูแลด้านโภชนาการและอาหาร 2) ความสามารถในการด้านการนอนหลับพักผ่อน 3) ความสามารถในการดูแลด้านการออกกำลังกาย 4) ความสามารถในการดูแลด้านสุขอนามัย 5) ความสามารถในการดูแลด้านสุขภาพจิต 6) ความสามารถในการดูแลด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อคำถามเป็นทั้งเชิงบวกและลบ กำหนดค่าคะแนนเชิงบวก คือ อย่างสม่ำเสมอ (3 คะแนน) การดูแลบ้างเป็นครั้งคราว (2 คะแนน) และไม่เคยดูแลเลย (1 คะแนน) ข้อความเชิงลบกำหนดให้ค่าคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมาก ปานกลาง และน้อยเป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 ตรวจสอบความเหมาะสมและความครบถ้วนของเนื้อหา และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้กับตัวอย่าง จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงเพื่อปรับปรุงให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามโดยแบบประเมินความรู้ในการดูแลได้ค่าความเชื่อมั่นของ KR-20 เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.83 และ 0.81 เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับทีมวิจัย ซึ่งได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจกับข้อคำถามต่าง ๆ โดยภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและคณะได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จากนั้นมีการจัดกระทำข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนจะนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 84/2567 ลงวันที่ 6 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่ยินดีให้ข้อมูลสามารถหลีกเลี่ยงข้อคำถามนั้นได้ การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีอายุระหว่าง 41-45 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมา มีอายุ น้อยกว่า 40 ปี และมีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 มีสถานภาพสมรส จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 54.00 รองลงมา มีการศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8,001-10,000 บาท จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000 บาท จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในฐานะเป็นบุตร-หลาน จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 85 รองลงมา เป็นสามี-ภรรยา จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 โดยมีระยะเวลาในการผู้สูงอายุ 5-10 ปี จำนวน 24 คน ร้อยละ 60 แสดงตามตารางที่ 1

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(40)		
เพศ		
ชาย	3	7.5
หญิง	37	92.5
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	9	22.5
41 -50 ปี	19	47.5
51-60 ปี	9	22.5
61 ปีขึ้นไป	3	7.5
Mean=46.77 Min=33 Max=63		
สถานภาพ		
โสด	3	7.5
สมรส	31	77.5
หม้าย/หย่า/แยก	6	15.0
อาชีพ		
เกษตรกร	20	50.0
รับจ้าง	13	32.5
ค้าขาย	5	12.5
อื่นๆ	2	5.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	5.0
มัธยมศึกษา	28	70.2
อนุปริญญา	8	20.0
ตั้งแต่ปริญญาตรี ขึ้นไป	2	5.0

(ต่อ) ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน) (40)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยครัวเรือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000 บาท	12	30.0
8,001-10,000 บาท	22	55.0
10,001-15,000 บาท	4	10.00
มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป	2	5.0
Mean=9,773.00 Min=5,300 Max=25,000		
โรคประจำตัว		
มี	11	27.5
ไม่มี	29	72.5
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ		
บุตร-หลาน	34	85.0
สามี-ภรรยา	3	7.5
ญาติ	2	5.0
อื่นๆ	1	2.5
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ		
1-5 ปี	24	60.0
6-10 ปี	10	25.0
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	6	15.0

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับน้อย และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติดีขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=40)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.83	0.81	0.89	0.76	7.498	<0.000*
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.63	0.17	1.75	0.21	4.742	<0.001*

* $p < .05$

3.ความสามารถในการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลด้านอาหาร การดูแลด้านการพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย การดูแลด้านสุขอนามัย ด้านสุขภาพจิต และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านต่าง ๆ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=40)

ความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ด้านต่าง ๆ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Mean	S.D.	หลังเข้าร่วมโปรแกรม Mean	S.D.	t	p-value
1. ด้านความสามารถในการดูแลด้านอาหาร	1.75	0.28	1.92	0.29	4.149	<0.000*
2. ด้านความสามารถในการดูแลด้านการพักผ่อน	1.89	2.23	2.00	2.25	3.306	<0.002*
3. ด้านความสามารถในการดูแลด้านการออกกำลังกาย	1.72	0.25	1.83	0.30	3.636	<0.001*
4. ด้านความสามารถในการดูแลด้านสุขอนามัย	1.51	0.23	1.70	0.28	5.118	<0.000*
5. ด้านความสามารถในการดูแลด้านสุขภาพจิต	1.68	2.51	1.82	2.51	4.521	<0.000*
6. ด้านความสามารถในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	1.59	0.21	1.66	0.20	3.674	<0.001*

* $p < .05$

วิจารณ์ (Discussions)

จากการนำโปรแกรมฯ ไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย พบว่า โดยภาพรวมความรู้ของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้ดูแลมีความรู้ในระดับน้อยสุด คือ ความรู้ในการจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.25 ส่วนข้อที่มีความรู้ในระดับมากที่สุด คือ การสังเกตอาการผิดปกติกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 52.5 โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่มีอาการโรคที่ซับซ้อน ดังนั้นผู้ดูแลไม่รู้วิธีที่จะดูแลให้ถูกต้องเหมาะสม จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนได้ง่าย และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ พบว่า โดยภาพรวมความรู้ของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ อยู่ในระดับดีขึ้น และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 63.3 และเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการผิดปกติสามารถนำความรู้ไปแก้ปัญหาได้ร้อยละ 60.0 เป็นต้น

และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .000$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นได้นั้นเป็นผลจากการได้รับกิจกรรมของโปรแกรมฯ ที่จัดให้ ซึ่งมีขอบเขตและเนื้อหาที่จำเป็นต่อการนำไปปฏิบัติ ช่วยพัฒนาความสามารถด้านต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละรายไป

สอดคล้องกับการศึกษาของซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮ็อก (Hawks)⁽¹³⁾ กล่าวไว้ว่า พลังความรู้จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และยังเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Wallenstein & Bernstein (1988)⁽¹⁴⁾ เชื่อว่า การเรียนรู้ที่เกิดจากสถานการณ์จริงที่เป็นอยู่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของเพ็ญภา มะหะหมัด(2561)⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีความรู้เพิ่มขึ้นจึงสามารถทำให้ผู้สูงอายุและญาติเกิดความไว้วางใจ คล้ายคลึงกับการศึกษาของปุลวิซซ์ ทองแดง และคณะ(2562)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ในการพัฒนาความรู้และทักษะในการป้องกันโรคและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นกระบวนการที่เน้นให้บุคคลค้นพบและยอมรับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับบทบาทของตนเอง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในบทบาทหน้าที่ตามสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร ชุนสุข (2565)⁽¹⁷⁾ ที่ว่า ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เยี่ยมเสริมพลังการปฏิบัติงาน สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีความรู้มากพอ ก็จะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและลดความรุนแรงหากเกิดความผิดปกติในผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้นตามไปด้วย

ในด้านทัศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมโดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.75 และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยภาวะปกติแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีความเครียดได้ง่าย มีความกังวลไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุ และยังผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนยิ่งสร้างความกังวลใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและ เศรษฐกิจ⁽¹⁸⁾ ดังนั้น การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็น รวมถึงการถ่ายทอดความรู้สึกรู้สึกต่อการดูแลผู้สูงอายุจะช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ประกอบกับการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างให้มีมุมมองที่ดีขึ้น มีส่วนร่วมในการวางแผนเลือกวิธีปฏิบัติและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการปรับทัศนคติของผู้ดูแลและกระตุ้นให้เกิดมุมมองด้านบวกต่อผู้สูงอายุที่ตนเองดูแล เข้าใจการเปลี่ยนแปลงตามวัยผู้สูงอายุ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม⁽¹⁹⁾ ได้กล่าวไว้ว่า ค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทัศนคติ ความสนใจและคุณธรรม จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลได้เรียนรู้ในสภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับสิ่งที่ดำรงอยู่ตลอดเวลา การที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการอบรมความรู้และได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีงาม ความภาคภูมิใจ มีเจตคติที่ดีซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวภา สีดอกบวบ และคณะ (2566)⁽²⁰⁾ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยทัศนคติไม่แตกต่างจากภายหลังได้รับโปรแกรม ด้วยระยะเวลาที่จำกัดและกิจกรรมในโปรแกรมอาจยังไม่เพียงพอในการส่งเสริมทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ หากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติในเชิงบวกจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเชิงลบ จะเห็นว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุที่ จึงมีส่วนสำคัญยิ่ง ที่จะทำให้มีการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของคิวพร ชุ่มเย็น (2565)⁽²¹⁾ ที่ว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการแสดงออกพฤติกรรมที่ดี และการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

ในด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยภาพรวม พบว่าความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการต่าง ๆ ของโปรแกรมฯ เป็นการพัฒนาศักยภาพทั้งทัศนคติที่ดี และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาซึ่งจะช่วยเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากยิ่งขึ้น ประกอบกับผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมถึงได้เรียนรู้ผ่านการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีโอกาสสะท้อนคิดเกี่ยวกับความรู้เดิมของตนเองสามารถซักถามข้อสงสัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น ในการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ชี้แนะแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้แลกเปลี่ยนไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจนกระทั่งสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข⁽²³⁾

จะเห็นว่า ในการดูแลผู้สูงอายุให้ถูกต้องนั้น จะต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะ ดังนั้น ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ฝึกฝนเพิ่มขึ้นจึงจะสามารถปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ก็ยังต้องอาศัยทัศนคติที่ดีมาก่อน ซึ่งทัศนคติที่ดีต้องมาจากประสบการณ์และฝึกปฏิบัติมาก่อน จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของบุบผาพร ฝนใจเมือง ที่พบว่า หลังทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าความรู้ของผู้ดูแลสูงขึ้น ทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับชมพูนุช พุมพิง⁽²²⁾ ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี เป็นต้น ผู้ดูแลถือว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ที่ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ⁽¹⁵⁾ และถ้าหากสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพด้วยแล้ว ก็ยังมีความจำเป็นที่ต้องมีผู้มารับบทบาทช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพิ่มขึ้น ดังนั้น ทักษะหรือความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ⁽²⁴⁾ ซึ่งโปรแกรมฯ ที่จัดให้กลุ่มตัวอย่างนี้ ได้ช่วยปรับทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และช่วยเพิ่มทักษะด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น หากได้รับแรงสนับสนุนจากทุกคนในครอบครัว ย่อมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากยิ่งขึ้นเช่นกัน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และให้การช่วยเหลือในการหาทรัพยากรมาสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงมีการทำงานควบคู่ไปกับสาธารณสุขในพื้นที่
3. ควรจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแบบกลุ่มผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และควรจัดให้มีระบบพี่เลี้ยงในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ดูแลที่มีประสบการณ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. ควรศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ตลอดจนเห็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทัศนคติและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ
3. ควรมีการพิจารณาเนื้อหาการให้ความรู้เพิ่มเติมสำหรับผู้ดูแลในการฝึกทักษะการการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และควรติดตามการปฏิบัติงานและมีการนิเทศอย่างใกล้ชิด
4. สำหรับผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาที่หลากหลาย การดูแลนั้นจะต้องอาศัยคนในครอบครัวมากกว่า 1 คน ดังนั้น เพื่อจะได้ช่วยแบ่งเบาภาระให้กันและกัน และควรมีการพัฒนาผู้ดูแลแบบคู่ของคนในครอบครัวเดียวกัน และควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลพานพร้าว และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสะเกษใหม่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงคนอื่น ๆ ในชุมชน ที่ให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกำลังใจ ที่สนับสนุนให้ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. ประเทศไทยกับนวัตกรรมเพื่อการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ[อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/Thailand-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2016). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 (ฉบับปรับปรุง) [อินเทอร์เน็ต]. 2016 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link_XLS
3. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. ข้อมูลทั่วไปประชากร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic&language=th>
4. สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ชีวตัวเลขเกิด-ตายต่ำ วัยแรงงานลด แต่อัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก จับาตาประชากรรุ่นเกิดล้านจะทยอยเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 66 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=39784>
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731140458_26870.pdf
6. นัทธมน หรีอินทร์. การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยกระบวนการ Care Management: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563; 17(3): 85-93.

7. Knodel, J. E., Rupfelo, W. P., & Chayovan, N. *The changing well-being of Thai Elderly: An update from the 2011 survey of older persons in Thailand* [Online]. 2013 [Accessed 3 Mya 2024]. Available from: <https://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/rr13-793.pdf>
8. กรมอนามัย,กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care : 3C) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th/elearning/manual1.pdf>
9. กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่. ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ประจำปี 2567.หนองคาย; 2567.
10. บางกอกพริ้นซ์บริบาล. Qualification of caregiver. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://bangkokprinz.com/elderly-care-worker/>
11. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2567[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/e-book>
12. ศิราณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์,คณิศร เต็งรัง . ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ วัฒนธรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4028/hs2116.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
13. Hawks, L. Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Nursing Education* 1992; 17:609-618.
14. Wallenstein, N. Powerless empowerment and health: Implication for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1992; 6(3): 197–205.
15. เพ็ญภา มะหะหมัด. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุโงโก-ลก อำเภอสุโงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. วารสารการแพทย์ผู้สูงอายุและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2561; 17(1): 1-9.
16. ปุลวิชัย ทองแดง, จันทรจิรา สีสว่าง, บุปผา บุญสุดดี. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้ และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562; 32(3): 52-65.
17. สมจิตร ขุนสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง; 2565.
18. สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือรวบรวมผลงานนวัตกรรมด้านการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประจำปี 2564[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/webupload/10x2f8665bc5c6742a30312c81435ca284e/202409/document/39372/35834/filedownload/0ed8144caae5c03c64fb4a5371889740.pdf>
19. Benjamin, S Bloom. *Learning for mastery. Evaluation comment center for the study of instruction program.* University of California at Los Angeles 1986; 2: 47-62.
20. เยวภา สีดอกบวบ, พะเยา พรหมดี, ขวัญจิต คงพุดิคุณ, ธนาภา ฤทธิวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 17(2): 99-110.

21. ศิวพร ชุ่มเย็น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี. สารานุกรมศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
22. ชมพูนุช พุ่มพิจ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และเดชา ทำดี. ความสามารถในการดูแล มุมมองด้านบวกในการดูแล และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. พยาบาลสาร 2565 ; 48(3) :226-236.
23. อรรวรรณ แพนคง, สุนทรีย์ คำเพ็ง, ภูทิตา สุวรรณโน และกมลลักษณ์ สุตรสุข. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564 ; 7(4): 29-41.
24. บุปผาพร ฝนใจเมือง. การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในครอบครัว ตำบลหนองไผ่ อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน 2565 ; 10(4): 441-445.

สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ
Competencies of village public health volunteers that affect the health care of the
elderly of village public health volunteers Bang Sao,
Thong District, Samut Prakan Province.

ประเสริฐ ทองเรือง วท.ม.

Prasert Thongrueng, (M.Sc.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีวารีน้อย

Wat Sriwaree Noi Subdistrict Health Promoting Hospital

อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

Bang Sao Thong District Samut Prakan Province

(Received: 1 March 2025, Revised 18 April 2025, Accepted: 23 April 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 550 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 250 คน โดยอาศัยเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลบางเสาธง 2) มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมสมรรถนะกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และภาพลักษณ์แห่งตน เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : สมรรถนะ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

ติดต่อผู้พิมพ์ : ประเสริฐ ทองเรือง อีเมล : mcintosh4837mc@gmail.com

Abstract

This research aimed to study the competency and health promotion in the elderly of village health volunteers and find the relationship between the competence and health promotion of the elderly of village health volunteers in Bang Sao Thong District, Samut Prakan Province. The population used in the study was 550 village health volunteers and the sample group was purposively selected, with 250 people as follows criteria: 1) Being a village health volunteer who is registered with the Sub district Health Promotion Hospital and Bang Sao Thong Hospital. 2) Having worked for at least 1 year. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results found that overall, the competence and health promotion in the elderly of village health volunteers were at a high level, in terms of knowledge, skills in promoting the health of the elderly, and self-image in promoting health. When looking for the relationship between the competence and health promotion in the elderly of village health volunteers, it was found that there was a statistically significant relationship at the .05.

Keywords : Competency, village health volunteers, health promotion, the elderly

Corresponding author : Prasert Thongruang **Email :** mcintosh4837mc@gmail.com

บทนำ

ด้วยความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้การป้องกันและการควบคุมโรคมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มนุษย์มีสุขภาพอนามัยที่ดีและมีอายุยืนยาวมากขึ้น และช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่ามีหลายประเทศทั่วโลกที่มีผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว จนทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปทั้งในซีกโลกตะวันตก รวมถึงประเทศในแถบเอเชียบางประเทศก็ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไปแล้ว จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ได้สร้างภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบเศรษฐกิจและสังคมโลก⁽¹⁾ จะเห็นว่า เมื่อผู้คนได้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุไปแล้ว นอกจากจะกระทบโดยตรงต่อตัวผู้สูงอายุเอง ยังส่งผลต่อบุคคลอื่น ๆ ภายในครอบครัว และยังขยายเป็นวงกว้างในระดับประเทศชาติอีกด้วย และในสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา และมีการคาดการณ์ไว้ว่าใน ปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 1.49 เท่า และในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 17.8 เท่าหรือประมาณร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ต่าง ๆ ก็เสื่อมสภาพลง การทำงานของระบบภายในร่างกายลดลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม และโรคซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น ก่อให้เกิดภาวะถดถอยของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายโดยรวม และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นเข้ามาช่วยในการดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุติดเตียงที่จะต้องได้รับการดูแลมากเป็นพิเศษทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดบ้านเอง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่และไม่สามารถควบคุมได้ ก็มักจะมีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น สมองเสื่อมลง หลงลืมอะไรได้ง่าย มีภาวะซึมเศร้า และยิ่งผู้ที่มีปัญหาในการ

เคลื่อนไหวแล้ว ยังต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น รวมถึงต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยในการเดิน หรือให้ความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

สำหรับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า อำเภอบางเสาธงมีผู้สูงอายุทั้งหมด 8,258 คน คิดเป็นร้อยละ 13.10 ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นผู้สูงอายุที่อยู่กลุ่มติดสังคมที่พึ่งตนเองได้จำนวน 7,589 คน คิดเป็นร้อยละ 91.89 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 0.54 และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ อีกจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 0.43 นอกจากนี้ ยังมีผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้ดำเนินการคัดกรองอีกจำนวน 590 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14 ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุติดสังคมมากถึงร้อยละ 91.89⁽³⁾ และจะกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านในโอกาสต่อไป จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน โดยได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยมีการการเยี่ยมบ้าน ติดตามการรักษา แต่ก็ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นทุกวัน และจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขมีอยู่จำกัด ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ทั่วถึง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน และอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด จึงสามารถเข้าหาผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ง่าย ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้านได้ดียิ่งขึ้น

และในการดูแลผู้สูงอายุนั้นจะต้องอาศัยความรู้มาพื้นฐานตามหลักวิชาการ พัฒนาความสามารถในการทำงาน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำเป็นจะต้องมีความรู้ทางสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน ทั้งนี้เพื่อจะได้นำเอาความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพและให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งก็เป็นไปตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยตรงที่จะเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค การให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุขึ้นพื้นฐาน ทั้งของตนเองครอบครัว และชุมชน⁽⁴⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกในการดูแลผู้สูงอายุ จนสามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าหากชุมชนได้มีการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ดีย่อมจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น⁽⁵⁾ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตใจที่แข็งแรง มีอายุยืนยาวได้มากขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ศึกษากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) ที่มุ่งศึกษาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำการศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 550 คน⁽³⁾ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาร์ยามานะ⁽⁶⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5%⁽⁷⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน และอาศัยเกณฑ์ในการ

คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลบางเสาธง 2) มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 ข้อ ซึ่งลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คือตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน เป็นต้น โดยมีเกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้แบ่งระดับความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำมาวิเคราะห์จะแบ่ง 3 ระดับ อ้างอิงเกณฑ์การประเมินแบบของ (Bloom, 1975)⁽⁸⁾ แปลความหมายของคะแนน ดังนี้ มีความรู้ในระดับความรู้สูง (คะแนนมากกว่า 17 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความรู้ในระดับความรู้ปานกลาง (คะแนน 9 - 17 คะแนน หรือร้อยละ 60 - 79) มีความรู้ในระดับความรู้ต่ำ (น้อยกว่า 9 คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ 60)

2. ด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบปลายปิด โดยให้เลือกตอบใน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ให้ 5 คะแนน) เห็นด้วย (ให้ 4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (ให้ 3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (ให้ 2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ให้ 1 คะแนน) ใช้เกณฑ์หาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)⁽⁹⁾

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5-1}{5} \\ &= 0.8 \end{aligned}$$

แปลความหมายของระดับสมรรถนะด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้ ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 คะแนน) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 คะแนน) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 คะแนน)

3. ด้านภาพลักษณ์แห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อความเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ให้ 5 คะแนน) เห็นด้วย (ให้ 4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (ให้ 3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (ให้ 2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ให้ 1 คะแนน) ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยในการแปลผล โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)⁽⁹⁾ แปลความหมายของระดับภาพลักษณ์แห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 คะแนน) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 คะแนน) ระดับปานกลาง

(คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 คะแนน) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัวชุมชน จำนวน 5 ข้อ 2) การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 5 ข้อ 3) การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ 4) การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ และ 5) การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานและการวางแผนแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบใน 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย (ให้ 1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (ให้ 2 คะแนน) บางครั้ง (ให้ 3 คะแนน) ประจำ (ให้ 4 คะแนน) ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยในการแปลผล โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)⁽⁹⁾

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4-1}{3} \\ &= 1.00 \end{aligned}$$

แปลความหมายของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้ ระดับมาก (คะแนนค่าเฉลี่ย 3.02 - 4.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.01 - 3.01 คะแนน) และระดับน้อย (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.00 คะแนน)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยหาความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา IOC ได้ค่าตั้งแต่ 0.50 - 1.00 ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงที่ใช้ได้ และนำไปทดลองใช้จากนั้น นำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านความรู้เรื่องการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.783 และหาค่าความยากง่ายของข้อคำถาม เท่ากับ 0.82
2. ด้านทักษะ (Skill) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.873
3. ภาพลักษณ์แห่งตน (Self - Image) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.884
4. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.886

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
2. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้อง
3. ผู้วิจัยการแจกแบบสอบถามด้วยตนเองไปกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจัดเก็บพร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จำนวน 250 ชุด

4. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามทุกฉบับ เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีข้อผิดพลาดหรือข้อมูลที่ขาดหาย เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปวิเคราะห์ทางสถิติในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพื้นฐาน เช่น การแจกแจงความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการศึกษาวินิจฉัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เอกสารรับรองเลขที่ 015/2568 วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.0 มีอายุระหว่าง 56-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ย 57.06 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.2 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 75.2 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 39.2 มีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.0 เฉลี่ย 12.59 ปี เป็นต้น

2. สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ มีดังนี้

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า โดยภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.2) รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.4) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n= 250 คน)

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
คะแนนมากกว่า 17 คะแนน	153	61.2	สูง
ช่วงคะแนน 9-17 คะแนน	96	38.4	ปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน	1	0.4	ต่ำ
Mean = 18.77 SD = 4.25, Min = 8.00, Max = 25.00			

2) ด้านทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03,

S.D = 0.55) และเมื่อพิจารณาทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก คือ การให้คำแนะนำเรื่องอาหารการทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (Mean = 4.16, S.D = 0.75) รองลงมา คือ การให้คำแนะนำเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่มต่าง ๆ (Mean = 4.10, S.D = 0.74) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาผู้สูงอายุและทราบถึงวิธีและแนวทางการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ (Mean = 3.74, S.D = 0.71) เป็นต้น แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับสมรรถนะด้านทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแสดงเป็นรายข้อ (n= 250 คน)

ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	Mean	S.D.	ระดับ
1. ท่านแนะนำเรื่องอาหารการทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ให้แก่ผู้สูงอายุได้	4.16	0.75	มาก
2. ท่านประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุได้	3.89	0.81	มาก
3. ท่านแนะนำให้ผู้สูงอายุทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ	3.95	0.76	มาก
4. ท่านแนะนำหลักปฏิบัติในการออกกำลังกายและการบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ	3.96	0.74	มาก
5. ท่านแนะนำเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่มต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ	4.10	0.74	มาก
6. ท่านแนะนำเรื่องการทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลายความเหงาและเกิดความสุขให้แก่ผู้สูงอายุ	4.06	0.80	มาก
7. ท่านแนะนำผู้สูงอายุถึงวิธีที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า เช่น การปรึกษาหารือขอคำแนะนำต่าง ๆ	3.92	0.81	มาก
8. ท่านแนะนำผู้สูงอายุให้พยายามเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้ผ่อนคลายความเครียดพยายามตอบสนองอย่างมีสติ และนุ่มนวลต่อผู้สูงอายุ	3.98	0.74	มาก
9. ท่านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพความสะอาดทั้งในและนอกบ้าน	3.85	0.75	มาก
10. ท่านแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมในครัวเรือนและชุมชนให้เหมาะสมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ	3.87	0.75	มาก
11. ท่านแนะนำสิทธิของผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ให้แก่ผู้สูงอายุ	3.84	0.74	มาก
12. ท่านแนะนำและให้คำปรึกษาผู้สูงอายุและทราบถึงวิธีและแนวทางการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ	3.74	0.71	มาก
13. ท่านแนะนำความสำคัญและหลักการใช้จ่ายเงินในผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุ	3.76	0.94	มาก
14. ท่านแนะนำชนิดของยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุและผลข้างเคียงจากการใช้ยาและการตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนที่จะใช้ให้แก่ผู้สูงอายุ	4.08	0.91	มาก
15. ท่านแนะนำผู้ดูแลสามารถเตรียมยาหรือจัดยา และมีการเก็บรักษายาที่ถูกวิธีให้ผู้สูงอายุได้ถูกต้อง	3.91	0.76	มาก
คะแนนเฉลี่ย	4.03	0.55	มาก

3) ด้านภาพลักษณ์แห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีภาพลักษณ์แห่งตนต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.83, S.D = 0.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถร่วมจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ (Mean = 4.01,

S.D = 0.76) รองลงมาคือ มีความสามารถเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดรณรงค์และให้ความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ (Mean = 4.00, S.D = 0.72) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความสามารถประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน และปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Mean = 3.72, S.D = 0.78) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับสมรรถนะด้านภาพลักษณ์แห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแสดงเป็นรายข้อ (n= 250 คน)

ภาพลักษณ์แห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	Mean	S.D.	ระดับ
1. ท่านมีความคิดเป็นระบบมีการวางแผน การดำเนินงานเพื่อให้งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำเร็จตามเวลา	3.94	0.85	มาก
2. ท่านสามารถควบคุม อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองเมื่อประสบปัญหาทำงานและเพื่อนร่วมงานได้	3.84	0.85	มาก
3. ท่านสามารถปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้	3.80	0.72	มาก
4. ท่านสามารถเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดรณรงค์และให้ความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้	4.00	0.72	มาก
5. ท่านมีความสุขที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ	3.98	0.77	มาก
6. ท่านสามารถร่วมจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่	4.01	0.76	มาก
7. ท่านมีภาวะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพหรือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้	3.99	0.76	มาก
8. ท่านสามารถให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	3.93	0.81	มาก
9. ท่านศึกษาพัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ	3.86	0.75	มาก
10. ท่านสามารถประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน และปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.72	0.78	มาก
คะแนนเฉลี่ย	3.83	0.56	มาก

4. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.46, S.D = 0.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน (Mean = 2.57, S.D = 0.56) รองลงมา คือ ด้านการเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ (Mean = 2.49, S.D = 0.59) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานและการวางแผนแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน (Mean = 2.27, S.D = 0.62) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแสดงเป็นภาพรวม (n= 250 คน)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	ระดับการส่งเสริมสุขภาพ
1. การเสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัวและชุมชน	2.35	0.57	ปานกลาง
2. การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน	2.57	0.56	ปานกลาง
3. การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ	2.49	0.59	ปานกลาง
4. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2.38	0.67	ปานกลาง
5. การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน และการวางแผนแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน	2.27	0.62	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.46	0.42	ปานกลาง

5. การหาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($r = .620$, $P\text{-value} < 0.001$) ในด้านทักษะมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($r = .560$, $P\text{-value} < 0.05$) และภาพลักษณ์แห่งตนมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($r = .468$, $P\text{-value} < 0.05$) แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	Pearson Correlation (r)	P-value
ด้านความรู้	.620**	0.001
ด้านทักษะ	.560*	0.002
ด้านภาพลักษณ์แห่งตน	.468*	0.024

* $P\text{-value} < 0.05$, ** $P\text{-value} < 0.01$

วิจารณ์

จากการศึกษาสมรรถนะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ละด้าน มีดังนี้

1) ด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า โดยภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.2) จะเห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งมีการควบคุมมาตรฐานในการทำงาน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเองต่างก็มีจิตอาสาที่จะเข้ามาช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ดังนั้นจึงทำงานด้วยความสมัครใจและเสียสละเข้ามาช่วยเหลือการทำงานด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Crispin N, et al.(2012)⁽¹⁰⁾ ที่ว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพในด้านความรู้และทักษะต่าง ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแรงจูงใจส่วนบุคคลที่สำคัญ เพื่อที่จะ

นำความรู้และทักษะเหล่านั้นไปใช้ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสามารถที่จะกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ตามบทบาท หน้าที่และภาระงานความรับผิดชอบ ดังนั้น ความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่อง⁽¹¹⁾

2) ด้านทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, S.D = 0.55) เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีส่วนร่วมในการเข้าถึงชุมชน การเข้าถึงชุมชน/เข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชน เช่น แนะนำเรื่องการทานอาหาร แนะนำเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่มต่าง ๆ การแนะนำและให้คำปรึกษาผู้สูงอายุให้ทราบถึงวิธีและแนวทางการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก จะเห็นว่า ทักษะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ และความกล้าหาญในการช่วยเหลือผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของสรินญา บุติและคณะ (2024)⁽¹²⁾ ที่พบว่า ทักษะการสื่อสารเชิงบวกส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเรียนรู้ทักษะในการสื่อสาร จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของอรชร จันตะกระรักษ์ (2567)⁽¹³⁾ ที่พบว่า ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ทักษะด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลการบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก จะเห็นว่า การทำงานที่ดีจะต้องสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและเครือข่ายในสายอาชีพเดียวกัน เพราะจะสามารถแบ่งปันประสบการณ์ ความรู้ที่ตรงกับสิ่งที่เราจะต้องทำ ซึ่งเราสามารถปรึกษาเรียนรู้วิธีการทำงานที่จะช่วยให้งานประสบความสำเร็จและขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาขึ้นได้ เป็นต้น

3) ด้านภาพลักษณ์แห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวมพบว่า ภาพลักษณ์แห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.83, S.D = 0.56) สอดคล้องกับงานวิจัยของร่วม มะโนน้อม, และยอดชาย สุวรรณวงษ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า บทบาทและภาพลักษณ์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข และบทบาทและภาพลักษณ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านผู้นำ เช่นเดียวกับขวัญเรือน ชัยนันท์, เจตต์ชญญา บุญเฉลียว, ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม และ ญฐา เมธาบุษยธร (2568)⁽¹⁵⁾ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการทำงานในการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงสามารถเข้าใจปัญหาและบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ในระบบสุขภาพภาคประชาชนนั้นได้ให้อำนาจหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน คล้ายคลึงกับงานวิจัยของศุภลักษณ์ และคณะ (2564)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านให้ความรู้ และติดตามเฝ้าระวังโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2565)⁽⁵⁾ ที่กำหนดบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้อย่างชัดเจน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับว่าเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเฝ้าระวังสุขภาพ และการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป⁽¹⁷⁾ ซึ่งในการพัฒนาอาสาสมัคร

สาธารณสุขให้เป็นผู้ที่มีความรอบรู้อย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง จากแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการจะพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. 4.0 โดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการทำงาน เพื่อให้การพัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่ต้องการ เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁾ ดังนั้น ในการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น จะต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามาทำงานควบคู่กับบุคลากรสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ยังเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำ ชักชวน อธิบาย ช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน จะช่วยสนับสนุนให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดียิ่งขึ้น⁽¹⁹⁾

ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ ทักษะ และภาพลักษณ์แห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับจักรี ปัดพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในระดับต่ำ ($r = -0.146$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนน้อยลง ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนต้องเข้ารับการอบรม ได้รับชี้แจง แนะนำในการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นลักษณะงานที่ทำจึงไม่ต้องใช้ความรู้ที่เป็นเชิงวิชาการมากนัก แต่จะใช้ทักษะการปฏิบัติงานของแต่ละคนมากกว่า จากการศึกษาในพื้นที่ จะเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่ซ้ำ ๆ รูปแบบเดิม ๆ จึงสามารถทำงานได้คล่องตัวรวมถึงมีการอบรมเพิ่มพูนความรู้ ทักษะต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย อสม. ระดับตำบล อำเภอและจังหวัดอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนได้รับการสนับสนุนของครอบครัวและจากเจ้าหน้าที่ ทำให้สมรรถนะด้านความรู้และทักษะในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูง ส่วนภาพลักษณ์แห่งตนมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลาง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม สมรรถนะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะดียิ่งขึ้น ถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมความรู้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และจากครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน และ ธนะวัฒน์รวมสุข (2566)⁽²⁰⁾ พบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก โดยความรู้ และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 21 การรับรู้นโยบาย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารกับทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 17 ในส่วนการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 22 เช่นเดียวกับการศึกษาของนิชนันท์ สุวรรณภู, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรัตน์ นระสนธิ์ และวุฒิชัย ลำดวน (2564)⁽²¹⁾ ที่พบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งโดยบริบทของพื้นที่การให้การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัว และบุคคลภายนอกครอบครัวอาจไม่ได้เข้าไปมีบทบาทในการดูแลเท่าใดนัก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ความรู้และทักษะต่างๆในการปฏิบัติงาน จะส่งผลต่อสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขโดยตรง ดังนั้น ควรมีการจัดฝึกอบรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเน้นทักษะในการแนะนำ และให้คำปรึกษาผู้สูงอายุ รวมถึงแนวทางการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพเบื้องต้น

2) การส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และควรนำเอาครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะด้วย ทั้งนี้ จะได้เป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

สามารถนำเอาข้อมูลเบื้องต้นไปพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาสนับสนุนการให้ความรู้ เพราะจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายยิ่งขึ้นเกิดการเรียนรู้ร่วมกันได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางเสาธงที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วชิราภรณ์ นวมหมวด, ไอริน สวัสดิ์, เมธิกา ธาดากวิวัฒน์, พิมพ์นิภา ไพธำนาม, ธนัสภา โจรนตรฤกุล. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในอนาคต. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2565; 8(8): 436-445.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ข้อมูลสถิติจากการสำมะโนประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2553. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก http://nkrat.nso.go.th/nso/project/search/result_by_department.jsp
3. สำนักงานทะเบียน อำเภอบางเสาธง. ข้อมูลผู้สูงอายุในเขตอำเภอบางเสาธง. สำนักงานทะเบียน อำเภอบางเสาธง; 2567.
4. ชูชาติ ผืนเต็ม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบลของจังหวัดอุดรธานี. สารานุกรมสุขภาพบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี; 2565.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน” ปีงบประมาณ 2565. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis. New York: New York: Harper & Row; 1973.
7. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Window (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

8. Bloom, B. Taxonomy of Education Objective Handbook I. Cognitive Domain. New York: David Mckay; 1975.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2556.
10. Crispin N, Wamae A, Ndirangu M, Wamalwa D, Wangalwa G, Watako P, et al. Effects of selected sociodemographic characteristics of community health workers on performance of home visits during pregnancy: a cross-sectional study in Busia District, Kenya. *Global Journal of Health Sciences* 2012; 4(5): 78-90.
11. ชาลชัย จิวจินดา. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม. *Journal of Administrative and Management* 2018; 6 (2): 1-9.
12. สรินภา ปุติ, ปรีนาภา ชูรัตน์, ฮารีซอล ขุนอินศิริ, ฮานานมุฮิบบะตุตติโน นอจิ และวาสนา จิ. ความรู้ เจตคติ ทักษะและความพึงพอใจของ อสม. ต่อการใช้แนวทาง การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตาม บริบทชายแดนใต้.วารสารวิจัยทางการแพทย์การดูแลสุขภาพ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2024; 44(2): 63-79.
13. อรชร จันตะระรักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. ผลงาน วิชาการและผลงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2567.
14. ร่วม มะโนน้อม, ยอดชายสุวรรณวงษ์. บทบาทและภาพลักษณ์ต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี.วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา.2564; 1(3): 61-80.
15. ขวัญเรือน ชัยนันท์, เจตต์ชัยญา บุญเฉลียว, ทิพย์สุนศรี ศรีลาธรรม และณฐา เมธาบุษยาธร. บทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสหศาสตร์การพัฒนาสังคม 2568; 3(2), 216-236.
16. ศุภลักษณ์ และคณะ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขแห่งประเทศไทย 2564; 30(4), 112-128.
17. แจ่มนภา ไขคำ, ชลียา ศิริกาล ถนอมศักดิ์บุญสู่, และแก้วใจ มาลีสัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 12 (2): 59-68.
18. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครสงขลา. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุข(อสม.) 4.0 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.songkhla-city.go.th/2020/files/com_news_research/2019-11_60993e139dc0955.pdf
19. จักรี ปัดพี นวลฉวี ประเสริฐสุข. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ 2559 ;9(3): 1190-1205.
20. ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, ธนะวัฒน์รวมสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออก: กรณีศึกษา อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(3): 15-29.

21. นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรัตน์ นระสนธิ์ และวุฒิชัย ลำดวน. ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2564; 23(2): 18-26.

ผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า
โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

The results of a five-dimensional happiness program for elderly people at risk of depression
Elderly school in Pa Kae Bo Hin Subdistrict, Thung Wa District, Satun Province.

อนงค์ เกื้อสกุล พย.บ.

Anong Kuasakul, (B.N.S)

โรงพยาบาลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า

Thungwa hospital Thung Wa District

จังหวัดสตูล

Satun Province

(Received: 13 February 2025, Revised 18 April 2025, Accepted: 24 April 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า จำนวน 40 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบวัดคุณภาพชีวิต 2) แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 4) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ 5) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 6) แบบตรวจสุขภาพจิต และ 7) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test เป็นต้น

ผลการศึกษา ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี เสี่ยงต่อการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ ไม่พบว่าความคิดในการฆ่าตัวตาย และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมของโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก แสดงว่า ผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุเสี่ยงซึมเศร้า, คุณภาพชีวิต, โปรแกรมความสุข 5 มิติ

ติดต่อผู้พิมพ์ : อนงค์ เกื้อสกุล อีเมล : papukanong@gmail.com

Abstract

This a quasi-experimental research aimed to study the effects of the 5-dimensional happiness program with elderly people at risk of depression in Pa Kae Bo Hin Subdistrict Elderly School, Thung Wa District, Satun Province. The sample consisted of 40 elderly individuals at risk of depression, selected through purposive sampling. The Intervention lasted 16 weeks (June–September 2024) and comprised three phases: (1) problem identification and needs assessment through focus group interviews; (2) Using the 5-Dimensional Happiness Program (3) Measure the results of using the 5-dimensional happiness program. Tools included: 1) The WHO Quality of Life 2) Thai Geriatric Mental Health Assessment 3) Barthel Activities of Daily Living 4) Thai Geriatric Depression Scale 5) 8-item Suicide Risk Assessment 6) The Thai Mini-Mental State Examination and 7) Satisfaction Assessment Form. Pre- and post-intervention data were analyzed using descriptive statistics (mean, percentage, standard deviation) and the Paired t-test.

The results found that the elderly risk of depression had an improved quality of life, good mental health and were at a significantly reduced risk of depression at a statistical level of $P < .05$. No suicidal ideation was found and the satisfaction with the program activities was at a very good level, indicating that the results of the 5-dimensional happiness program can help promote a better quality of life for the elderly at risk of depression.

Keywords : elderly people at risk of depression, quality of life, five-dimensional of happiness Program

Corresponding author : Anong Kuasakul **E-mail :** papukanong@gmail.com

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกช่วงวัย ทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพความสามารถในการทำหน้าที่ การรู้คิด จนสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ⁽¹⁾ จากข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.3, 2.6, 2.9, 3.4 และ 3.5 ตามลำดับ รวมถึงสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.9 ต่อแสนประชากร โดยเฉลี่ยประมาณวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง⁽²⁾ และผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึง 10.4 ต่อประชากรแสนคน และเมื่อเทียบกับทุกช่วงวัยอื่นนับว่าเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สูงที่สุด⁽³⁾ สำหรับโรคซึมเศร้าในคนสูงอายุนั้น ก็เป็นอีกหนึ่งกลุ่มคนที่ไม่ควรถูกมองข้าม เพราะเป็นโรคที่กว่าผู้สูงอายุจะรู้ตัวว่าป่วยเป็นโรคดังกล่าวก็ต้องใช้เวลานาน และกว่าจะรักษาหายก็ยิ่งต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ไปแล้ว โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 10% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 7% คาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า และสังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 14⁽⁴⁾ และเมื่อประชากรสูงวัยมากขึ้นจึงมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ มีโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ตามมามากมาย นอกเหนือจากการเปลี่ยนที่เห็นชัดเจนของร่างกายภายนอกแล้ว การเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเช่นกัน เพราะเป็นวัยที่มีอารมณ์

และความรู้สึกเปราะบางเป็นพิเศษ จนส่งผลให้สุขภาพจิตแย่ลงกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยอาการของภาวะซึมเศร้านี้ไม่ได้บ่งบอกถึงความเจ็บปวดทรมานทางด้านร่างกาย แต่ในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าทำร้ายสุขภาพจิตใจ ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้หรือไม่เข้าใจอาการของโรค ก็จะส่งผลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุเอง และคนรอบข้างได้เช่นกัน⁽⁵⁾ จะเห็นว่าเมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมตามมาด้วยภาระพึ่งพิงกับผู้ดูแลมากขึ้นตาม จะเห็นได้จากข้อมูลการพึ่งพิงของวัยสูงอายุมากขึ้น จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ นับตั้งแต่ปี 2537 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตลอด จนมาถึงในปี 2567 พบว่า อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุเพิ่มจาก 10.7 เป็น 31.1 เท่ากับว่า ประชากรวัยทำงานจำนวน 100 คน จะต้องรับผิดชอบและดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 31 คน หรือผู้สูงอายุ 1 คน จะต้องมีการวัยทำงานประมาณ 3 คนในการดูแล⁽⁶⁾

จากสถิติผู้สูงอายุของอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2566 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 22.2, 18.2, 23.1 และ 25 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใน 9 ด้าน ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด 2,942 ราย ซึ่งได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ จำนวน 2,612 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.78 และในจำนวนนั้นเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 2,531 ราย ติดบ้าน จำนวน 67 ราย และติดเตียงจำนวน 14 ราย โดยแยกเป็นผู้ที่มีปัญหาในด้านความคิดความจำ 14 ราย และมีภาวะซึมเศร้า 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.1 ซึ่งปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม คือ อัตราการฆ่าตัวตายสูงเกิน 6.3 ต่อแสนประชากร จากข้อมูลย้อนหลังของปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 15.8 ต่อแสนประชากร ส่วนในปี 2566 มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย คิดเป็นอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 3.9 ต่อแสนประชากร⁽⁷⁾ และเมื่อเปรียบเทียบการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าจะเป็นตัวเลขที่ลดลงแต่ก็น่าไว้วางใจเพราะปัญหาสุขภาพจิตที่ยังคงมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญเพราะส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจทั้งของตัวบุคคลและประเทศ ซึ่งถ้าหากสามารถป้องกันหรือลดปัญหาดังกล่าวลงมาได้ก็นับว่าเป็นเรื่องน่าสนใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการใช้โปรแกรมความสุข 5 มิติ เข้ามาช่วยในการพัฒนาภาวะทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพร่างกาย และยังได้รับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางจิตใจ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังเข้าร่วมกิจกรรม (One groups pretest-posttest designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาในการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น 16 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล จำนวน 40 คน ที่กลุ่มตัวอย่างได้มาจากเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม โดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁽⁸⁾ ของกรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข โดยมีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 2) เสี่ยงซึมเศร้า 3) สามารถสื่อความหมายเข้าใจและตอบแบบสัมภาษณ์ได้ 4) ไม่เป็นโรคที่แพทย์วินิจฉัยห้ามหรือจำกัดในการทำกิจกรรมออกกำลังกาย และ 5) ยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ เช่น เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ เป็นต้น

2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ จำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งเชิงความหมายทางบวก และทางลบ 3 โดยข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ การแปลผลตามคะแนนโดยรวม ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตดี เป็นต้น

3) แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-15)⁽¹⁰⁾ จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบมีการให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ ได้คะแนน 50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ได้คะแนน 43-49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

4) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)⁽⁸⁾ จำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนนรวม กิจวัตรขั้นพื้นฐานเต็ม 20 คะแนน การแปลผลโดยคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึงภาวะพึ่งพารุนแรง คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลางและคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา

5) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15)⁽¹⁰⁾ การให้คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบใช่ในข้อ 2-4, 6, 8-10, 12, 14-15 และตอบไม่ใช่ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 ตามลำดับ โดยคะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงซึมเศร้า และคะแนน 11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า การแปลผลคะแนน เมื่อคะแนน 6 คะแนนขึ้นไป บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก และคะแนน 11 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์

6) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)⁽¹¹⁾ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ดังนี้ คะแนนเต็ม 52 คะแนน ให้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ให้ 1-8 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย ให้ 9-16 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และให้คะแนน ≥ 17 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง

7) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Thai Mental State Examination : TMSE)⁽¹²⁾ จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผลคือ ถ้าได้คะแนนรวม ≤ 23 ถือว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำหรือมีภาวะสมองเสื่อม

8) แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือก 5 ระดับตามมาตรวัดของ Likert คะแนนเต็มแต่ละข้อ คือ 5 คะแนน แล้วนำคะแนนรวมที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยดังนี้ 4.51-5.00 คะแนน = มากที่สุด; 3.51-4.50 คะแนน = มาก; 2.51-3.50 คะแนน = ปานกลาง; 1.51-2.50 คะแนน = น้อย; น้อยกว่า 1.50 คะแนน = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินความพึงพอใจ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สอดคล้องวัตถุประสงค์ จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบ วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ จากคู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2556⁽¹³⁾ โดยความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) : สุขสบาย (Health) 2) : สุขสนุก (Recreation) 3) : ด้านสุขสง่า (Integrity) 4) : ด้านสุขสว่าง (Cognition) 5) : ด้านสุขสงบ (Peacefulness) โดยจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ แสดงดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 กิจกรรมโปรแกรมความสุข 5 มิติ

สัปดาห์	ความสุข 5 มิติ	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1	สุขสงบ	บรรยายให้ความรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ
	สุขสว่าง	ทดสอบภาวะสมองเสื่อม (TMSE)
	สุขสง่า	กิจกรรมบอกเล่าความภาคภูมิใจของแต่ละคนและมาบอกเล่าให้เพื่อนหน้าชั้นเรียน
	สุขสบาย	แบบประเมินความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)
	สุขสนุก	ทำแบบสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์แนะนำตัวเอง
สัปดาห์ที่ 2	สุขสงบ	ประเมิน คัดกรองซึมเศร้าในผู้สูงอายุและฆ่าตัวตาย TGDS-15 และ 8Q แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) ให้ทุกคนฟังเพลงดอกไม้บาน และทำท่าประกอบเพลง
	สุขสว่าง	กิจกรรม “ย้อนรอยวัยรุ่น เล่าความหลังที่ประทับใจ”
	สุขสง่า	บรรยายเรื่องความมีคุณค่าในตนเองและการคิดเชิงบวก ให้สถานการณ์สมมุติที่ไม่พึงประสงค์และให้ผู้สูงอายุคิดเชิงบวกว่าจะคิดเชิงบวกอย่างไร เช่น
	สุขสบาย	ทำน่องอกกำลังกายเพิ่มกำลังขา
	สุขสนุก	เปิดเพลงรำวงเวียนครกภาคใต้ให้ผู้สูงอายุรำวง
สัปดาห์ที่ 3	สุขสงบ	สมดุลชีวิตด้วยหลัก 8 - 8 - 8 สอนในเรื่องการสร้างสุขในชีวิตให้สมดุล
	สุขสว่าง	กิจกรรมบริหารสมองโดยการฝึกการให้วาดภาพจากจินตนาการคนละ 1 ภาพ แล้วออกมาบรรยายภาพหน้าห้อง
	สุขสง่า	ให้ผู้สูงอายุคิดกิจกรรมที่สร้างประโยชน์ให้ส่วนรวมหรือชุมชน
	สุขสบาย	ปรับสมดุลร่างกายคลายโรคด้วย “มณีเวช 5 ท่า”
	สุขสนุก	กิจกรรมร้องเพลง “ขึ้นเขาไปเด็ดดอกไม้”
สัปดาห์ที่ 4	สุขสงบ	ให้สมาชิกหาวิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธ
	สุขสว่าง	สอนการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยท่าจับ-แอล
	สุขสง่า	กิจกรรม “ใจเขา ใจเรา” บอกเล่าแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
	สุขสบาย	ให้ออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่าที่ผู้สูงอายุใช้ออกกำลังกายประจำวันที่บ้าน
	สุขสนุก	กิจกรรมฝึกการแข่งขันอ่านหนังสือพิมพ์ทีละ 1 ย่อหน้า

(ต่อ) ตารางที่ 1 กิจกรรมโปรแกรมความสุข 5 มิติ

สัปดาห์	ความสุข 5 มิติ	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 5	สุขสงบ	ให้ผู้สูงอายุหลับตาแล้วนึกถึงสิ่งที่ไม่ดีที่เคยทำไว้แล้วให้บอกว่าถ้าย้อนเวลากลับไปได้จะมีวิธีแก้ไขสิ่งนั้นอย่างไร
	สุขสว่าง	สอนการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยทำใช้มือแต่ละข้อมือและตั้งหูสลับกัน
	สุขสง่า	ให้สมาชิกออกมากล่าวชื่นชมตัวเอง
	สุขสบาย	ยืดเหยียดด้วยท่าหมุนไหล่
	สุขสนุก	จัดกิจกรรมร้องโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมต้องออกมาร้องและร้องเพลง
สัปดาห์ที่ 6	สุขสงบ	กิจกรรมให้ผู้สูงอายุฝึกนั่งหลับตาฝึกสติโดยการกำหนดลมหายใจเข้า - ออก
	สุขสว่าง	กิจกรรมท่องสูตรคูณแม่ 2 ให้เข้ากับจังหวะตบมือ (ลงท้ายเลขคู่) และตบตัก (เมื่อท่องลงท้ายด้วยเลขคู่)
	สุขสง่า	กิจกรรมให้สมาชิกกล่าวชื่นชมผู้อื่น
	สุขสบาย	กิจกรรมออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยการยืดแขนสองข้าง
	สุขสนุก	กิจกรรมประกวดร้องเพลงพร้อมหางเครื่องและกองเชียร์
สัปดาห์ที่ 7	สุขสงบ	ให้สมาชิกหาวิธีจัดการกับความเครียด
	สุขสว่าง	เกมแข่งขันช่วยกันต่อจิ๊กซอ หน้อ 4 ชิ้น
	สุขสง่า	กิจกรรมบอกสิ่งดี ๆ ที่ต้องการทำให้กับครอบครัว
	สุขสบาย	ให้สมาชิกลำเลียงกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
	สุขสนุก	กิจกรรมเกมส์ส่งของตามเพลง
สัปดาห์ที่ 8	สุขสงบ	กิจกรรมบอกรักและกอดตัวเอง
	สุขสว่าง	กิจกรรมช่วยกันลบเลข (100-7) ลบ 7 ไปเรื่อย ๆ จนผิด แล้วหยุด
	สุขสง่า	“วันนี้ฉันทำดีแล้วหรือยัง”
	สุขสบาย	ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ “ท่านกบิน”
	สุขสนุก	กิจกรรมหัวเราะบำบัด
สัปดาห์ที่ 9-16 สัปดาห์ จัดตารางกิจกรรมทบทวนเหมือนสัปดาห์ที่ 1-8 หรือปรับกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมโดยให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้คิดเพิ่มเติมและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน		
ส่วนสัปดาห์ที่ 15 และ 16 เป็นสัปดาห์ จะประเมินโปรแกรมผลการใช้โปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า		
สัปดาห์ที่ 15		แบบประเมินความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทดสอบภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ทำแบบสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
สัปดาห์ที่ 16		ประเมิน คัดกรองซึมเศร้าในผู้สูงอายุและฆ่าตัวตาย TGDS-15 และ 8Q แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โปรแกรมความสุข 5 มิติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้บังคับบัญชา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งหว้า เพื่อขออนุญาตดำเนินการจัดทำวิจัย
2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลสำหรับทำวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล จากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
3. ติดต่อโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหินเพื่อกำหนดวันเวลาในการทำแบบประเมินและแบบสอบถาม
4. เตรียมแบบประเมิน แบบสอบถาม ให้พร้อมที่จะทำการประเมินหรือสอบถามแต่ละครั้ง
5. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับการทำแบบประเมินและแบบสอบถาม
6. อธิบายวิธีการทำแบบประเมิน และแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนลงมือทำ
7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567
8. นำผลที่ได้จากการทำแบบประเมินและแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบ แล้วจึงนำไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์และวิธีการให้คะแนนที่อธิบายไว้หัวข้อการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการไปวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้วิจัยได้รับข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการ จึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาสถิติต่าง ๆ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานคือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หมายเลขใบรับรอง : ET-ST 11/2567 วันที่ให้การรับรองวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 โดยผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมการวิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามปัญหาก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถาม หากรู้สึกอึดอัดหรือไม่อยากตอบ สามารถออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ ผู้วิจัยแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุชื่อตัวผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยรวมทั้งบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.50 มีอายุในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.50 รองลงมาอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 42.50 ส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา คิดเป็นร้อยละ 87.50 รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 12.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 22.50 มีรายได้ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้ คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาไม่มีรายได้ไม่พอใช้และมีหนี้ คิดเป็นร้อยละ 30 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรม คิดเป็นร้อยละ 77.50 และมีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 62.50 เป็นต้น

2. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก้วบ่อหิน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ๆ (Mean = 87.45, S.D = 8.20) และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean = 101.65, S.D = 7.63) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=40)

	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังการเข้าร่วมกิจกรรม		
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ
1. สุขภาพทางกาย	22.55	3.10	กลาง ๆ	26.18	3.15	ดี
2. สุขภาพทางจิตใจ	20.93	2.22	กลาง ๆ	24.58	2.12	ดี
3. สัมพันธภาพฯ	9.53	1.82	กลาง ๆ	11.68	1.33	ดี
4. สิ่งแวดล้อม	27.40	5.03	กลาง ๆ	31.15	3.52	ดี
โดยรวม	87.45	8.20	กลาง ๆ	101.65	7.63	ดี

3. ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก้วบ่อหิน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 47.98, S.D = 2.06) และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี (Mean = 52.83, S.D = 2.72) และด้านความเศร้าของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับเสี่ยงซึมเศร้า (Mean = 8.08, S.D = 1.19) และภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ (Mean = 5.38, S.D = 1.18) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับสุขภาพจิต และความซึมเศร้าผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=40)

ด้าน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังการเข้าร่วมกิจกรรม		
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ
สุขภาพจิต	47.98	2.06	ปานกลาง	52.83	2.72	ดี
ความซึมเศร้า	8.08	1.19	เสี่ยงซึมเศร้า	5.38	1.18	ปกติ

4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีความสามารถในการระดับไม่มีภาวะพึ่งพิง (Mean = 18.98, S.D. = 0.94) คิดเป็นร้อยละ 100 และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีความสามารถระดับไม่มีภาวะพึ่งพิง (Mean=19.78,S.D.=0.47) คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=40)

คะแนน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับความสามารถในการพึ่งพิง	หลังเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับความสามารถในการพึ่งพิง
	Mean	S.D		Mean	S.D	
คะแนน 0-4 คะแนน	0.00	0.00	โดยสมบูรณ์	0.00	0.00	โดยสมบูรณ์
คะแนน 5-8 คะแนน	0.00	0.00	รุนแรง	0.00	0.00	รุนแรง
คะแนน 9-11 คะแนน	0.00	0.00	ปานกลาง	0.00	0.00	ปานกลาง
คะแนน 12-20 คะแนน	18.98	0.94	ไม่มีภาวะพึ่งพิง	19.78	0.47	ไม่มีภาวะพึ่งพิง

5. ผลการวัดประเมินการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหินฯ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 82.50 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 17.50 (Mean = 0.25, S.D. = 0.58) ค่า $t = -0.69$ และหลังร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าพบว่า ผู้สูงอายุทุกคนไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละของความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=40)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ		หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	33	82.50	40	100.00
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย	7	17.50	0.00	0.00
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง	0.00	0.00	0.00	0.00
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับมาก	0.00	0.00	0.00	0.00

6. การคัดกรองสมองเสื่อมกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหินอำเภอฟุ่หว้า จังหวัดสตูล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 12.50 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 10 เป็นต้น ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ ซึ่งภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 89.95 แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=40)

คะแนน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับ	หลังการเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับ
	Mean	S.D		Mean	S.D	
เสี่ยงต่อสมองเสื่อม (จุดตัดอยู่ที่ ≤ 23 ถือว่ามีความผิดปกติ)	25.60	2.06	ไม่เสี่ยง	26.25	1.93	ไม่เสี่ยง
ความพึงพอใจ	N/A		-	4.51	0.60	ดีมาก

7. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายหลังที่ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก้วบ่อหิน เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า คุณภาพชีวิต สุขภาพจิต ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=40)

ด้าน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		T	p – value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
1.คุณภาพชีวิต	87.45	8.20	101.65	7.63	18.77	< 0.05
2.สุขภาพจิต	47.98	2.06	52.83	2.72	10.41	< 0.05
3.ความเศร้า	8.08	1.19	5.38	1.18	17.21	< 0.05
4.ความสามารถในการทำกิจวัตรฯ	18.98	0.94	19.78	0.47	6.68	< 0.05
5.ภาวะสมองเสื่อม	25.60	2.06	26.25	1.93	6.61	< 0.05

วิจารณ์

การศึกษาผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก้วบ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ดังนี้

1.ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ก่อนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้ง 4 ด้าน โดยด้านที่มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดคือทางด้านร่างกาย รองลงมาทางด้านจิตใจ ทางด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการจัดกิจกรรมของโปรแกรมได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมรวมถึงสอดคล้องกับบริบทความเป็นอยู่ ประกอบกับความต้องการของผู้สูงอายุด้วย และกิจกรรมของโปรแกรมได้แนะนำเรื่องอาหารและการออกกำลังกายความปลอดภัย การชะลอสมองเสื่อม และการแก้ไขการส่งเสริม และสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลงานการวิจัยของพัชร ฤงแก้ว (2561)⁽¹⁴⁾, สุภาภรณ์ สมพาน (2564)⁽¹⁵⁾ และอรุณรัตน์ เชื้อตาเคน (2565)⁽¹⁶⁾ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของชัชญาภา สมศรี (2559)⁽¹⁷⁾ และเนติยา แจ่มทิม (2565)⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษาถึงผลของกิจกรรมและประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ แวนใจ นาคะสุวรรณ (2563)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตัวอย่างวิจัยโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.339$, $p = .019$) และณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ (2564)⁽²⁰⁾ พบว่า โดยภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นต้น

2.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ พบว่า ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับไม่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุที่เราเลือกมาเข้ารับกิจกรรมตามโปรแกรมฯเป็นผู้ที่มีความสามารถในระดับช่วยเหลือตนเองได้อยู่แล้ว ประกอบกับกิจกรรมในโปรแกรมฯ มีการส่งเสริม

ความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของงานวิจัยของปณิกา กิตติกุลธนันท (2560)⁽²¹⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นรายข้อพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำเองได้มากที่สุด ร้อยละ 98.9 คือ การล้างหน้าอาบน้ำ ผีผม โกนหนวด รองลงมาคือ การรับประทานอาหาร สามารถดื่อกอาหาร ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ ร้อยละ 97.9 เช่นเดียวกับการศึกษาของกมลฤ ญนอมสัต์ย์ และสุวรรณ สายสุด (2559)⁽²²⁾ ที่พบว่า ภาพรวมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจะมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ดี ($M = 19.97$, $S.D. = 5.09$) จะเห็นว่า ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของความรู้การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ทำให้มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตัวดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจึงเกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในทางบวกมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้⁽²⁰⁾

3. ด้านสุขภาพจิต ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี จะเห็นได้ว่ากิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดึงจุดแข็งของตนเอง ออกมาใช้ในการเผชิญปัญหาได้ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางอารมณ์ขณะเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมทาง บวก ส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา มาลัย รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์ และคณะ (2561)⁽²³⁾ ที่พบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการกระทำของบุคคลในในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความรักและความห่วงใยการมีปฏิสัมพันธ์ การเคารพและการให้ความสำคัญ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการพักผ่อนร่วมกันมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมาก ความรัก การเป็นส่วนหนึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ากับผู้อื่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ในด้านความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อความซึมเศร้า และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะปกติ ซึ่งมองได้ว่ากิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกทั้งท่าทาง คำพูด รวมถึงการแสดงออกทางกายร่วมกับคนอื่น ๆ ทำให้เกิดการผ่อนคลายลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของคณินิจ ศรีสอนใจ (2564)⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ผลการศึกษาหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 93.30 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 6.70 ได้รับการคัดกรองทดสอบ 2Q คิดเป็นร้อยละ 100 ครอบคลุมทุกรายในส่วนของการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น พบว่า ก่อนและหลังร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้สูงอายุทุกคนไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นต้น

4. ภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมลดลง จะเห็นว่าการ ทำกิจกรรมที่มีการฝึกสมอง เช่น อ่านหนังสือ เล่นต่อคำเล่น ดนตรี ฟังดนตรี ร้องเพลง เดินรำ และไม่เคร่งเครียดเกินไป ที่สำคัญควรตรวจสุขภาพประจำปี เพียงเท่านั้นจะสามารถ ทำให้ชีวิตมีความสุขได้ สอดคล้องกับการศึกษาของของรัชณี นามจันทร์⁽²⁵⁾ พบว่า กิจกรรมที่ช่วยในการชะลอและการฟื้นฟูความสามารถทางด้านการรู้คิดที่ได้ผลดีต้องเป็นภารกิจที่เน้นการบำบัดด้วยการรับรู้และส่งเสริมการรับรู้ตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน เช่น การให้ระบุ วัน เวลา สถานที่ บุคคลให้เล่าพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง และบรรยายสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวใหม่อีกครั้งหนึ่ง ผู้ดูแลฟังและวิเคราะห์กิจกรรมพร้อมให้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและอาจพูดซ้ำ ๆ จะช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ การจดจำ การชวนคุยเน้นการโต้ตอบแบบมีเหตุผลจะช่วยฝึกความตั้งใจและสมาธิแก่ผู้สูงอายุการให้รับความรู้สึกและการเคลื่อนไหวที่เป็นจริงจะทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำ

กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นโดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ใช้จะเน้นการชวนพูดคุยให้คิดเรื่องต่าง ๆ เช่น ให้เล่าประวัติศาสตร์ เล่าชีวประวัติ การเรียกชื่อและการจำแนกแยกแยะชื่อวัตถุสิ่งของ เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ซึ่งภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม พบว่า สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 89.95 จะเห็นว่าความสุขของผู้สูงอายุว่าควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) มีสุขภาพดี 2) มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต 3) มีความสุขตามสภาพซึ่งในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะต้องมีกิจกรรมที่เหมาะสม และสำคัญอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเองอันจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุได้เร็วขึ้น

จะเห็นว่า โปรแกรมความสุข 5 มิติกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน เป็นกิจกรรมความสุขทั้ง 5 มิติ จากข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) พบว่า กิจกรรมนำมาใช้อาจมีข้อจำกัดในกลุ่มของชุมชน และการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามาช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการใช้โปรแกรมความสุข 5 มิติ คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญและการสนับสนุนบุคลากรและสถานที่ในการจัดกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ อย่างไรก็ตามก็ยังข้อจำกัดในแง่ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างยังมีขนาดเล็กอาจจะส่งผลให้ผลการศึกษาที่ได้ อาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมความสุข 5 มิติ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุอื่น และสามารถปรับกิจกรรมได้ตามบริบทของพื้นที่ การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งผลให้ความเสี่ยงซึมเศร้ามลดลง มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาต่อยอดนำไปปรับใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังหรือขยายผลนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นตามบริบทของชุมชน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) สำหรับข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้คือ การศึกษาเป็นเพียงกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการ ทดลอง จึงควรมีการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อจะดูประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งหว้า นายแพทย์ศร ละเอียด แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นางวิไลลักษณ์ เลิศเมธากุล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลทุ่งหว้า นางเอมอร ขุนเพชร หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าแพ ที่ให้การสนับสนุนเป็นที่ปรึกษาวิจัยให้คำแนะนำ และนายชยาเทพ สีนจรรย์ศักดิ์ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าแกบ่อหินที่อนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. ประสมสุข ศรีแสนปาง. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความลุ่มลึกในการพยาบาลเข้าใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2561; 41(1): 129-140.
2. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>
3. ปิติคุณ เสดะปุระ, ญัฐธกุล ไชยสงคราม. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(3): 1070-1084.
4. ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). บทความวิชาการ, สำนักวิชาการ, สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา 16 สิงหาคม 2566: 1-19.
5. โรงพยาบาลนครธน. ผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า คนในครอบครัวควรเข้าใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nakornthon.com/article>
6. สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ. สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุในปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://section09.thaihealth.or.th/2025/01/09/complete-aged-society/>
7. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2566.[เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://suicide.dmh.go.th/>
8. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว. นนทบุรี; 2563.
9. สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุลและคณะ. การเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
10. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 กรมสุขภาพจิต, “แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15),” คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต].2567. [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2567].เข้าถึงได้จาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/1454>
11. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี ; 2563.
- 12.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. นนทบุรี : ฅจันดาครีเอชั่นจำกัด; 2564.
13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือ โปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
14. พชร ฤกษ์แก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ 2561; 13(39): 41-54.
15. สุภาภรณ์ สมพาน. ผลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบวักค่าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jmhs1_s/article/view/266020.

16. อรุณรัตน์ เชื้อตาเคน. ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยความสุข 5 มิติในวิทยาลัย ฒ ไทกะเลิง อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://clouddontanhos.com/doc/agineserver.pdf>.
17. ชัชฎาภา สมศรี และพิกุลทอง โหมมูล. ผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2560: 3-14.
18. เนติยา แจ่มทิม. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2565 ; 5(2): 140-150.
19. แวนใจ นาคะสุวรรณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563; 12(1): 171-180.
20. ณัฏฐกัญญ์ อ่องเอื้อ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
21. ปุณิกา กิตติกุลธนนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
22. กมลภู อนุมสัต์ย์, สุภวรรณ สายสุด. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง : กรณีศึกษาตำบลโพรงมะเดื่อ ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง และตำบลบางภาษี อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 8 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2559. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม | จังหวัดนครปฐม | ประเทศไทย | 31 มีนาคม - 1 เมษายน 2559.
23. ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, ศรีสกุล เฉียบแหลม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 39(3): 67-76.
24. คณิงนิจ ศรีสอนใจ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/220223164561529127.pdf>
25. รัชณี นามจันทรา. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสาร มฉก.วิชาการ 2553; 14(27): 137-50.

การศึกษาประสิทธิผลของตำรับแก้ลมแก้เส้น คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ A Study on Effectiveness of Kaelom kaesen recipe at Cannabis clinic Sichiangmai Hospital.

ศันสนีย์ สมบัติธีระ พท.บ.

Sansanee Sombatteera, (B.ATM)

โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอสรีเชียงใหม่
จังหวัดหนองคาย

Sichiangmai Hospital Sichiangmai District
Nong Khai Province

(Received: 13 February 2025, Revised 18 April 2025, Accepted: 24 April 2025)

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับวัยทำงานถึงร้อยละ 85 โดยมีสาเหตุมาจากการใช้อิริยาบถเดิม ๆ เป็นเวลานาน ๆ ดังนั้น การใช้ยาตำรับแก้ลมแก้เส้นซึ่งเป็นตำรับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมจะช่วยบรรเทาอาการมือเท้าชา อ่อนแรงได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลยาแก้ลมแก้เส้นต่อผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มาใช้บริการงานแพทย์แผนไทย จำนวน 38 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับความปวด ความรุนแรงของอาการปวดหลัง และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากรับประทานยาแก้ลมแก้เส้นในวันที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง ($p < 0.003$) และมีคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครดีขึ้น ($p < 0.021$) ไม่มีเกิดอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นตามมา เป็นต้น

คำสำคัญ : ยาแก้ลมแก้เส้น, ปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน, การลดอาการปวด

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศันสนีย์ สมบัติธีระ **อีเมล :** rain_pang@hotmail.com

Abstract

Low back pain is a prevalent health issue affecting up to 85% of the working-age population, often resulting from prolonged maintenance of static postures. The use of a traditional Thai herbal remedy known as Ya-Kae-Lom-Kae-Sen, which includes cannabis as an ingredient, has been found to help alleviate symptoms such as numbness and weakness in the limbs. This study employed a quasi-experimental research design to investigate the effectiveness of this herbal remedy in individuals experiencing lower back muscle pain, as well as any potential adverse effects associated with its use.

A total of 38 participants with lower back pain, who sought services at a traditional Thai medicine clinic, were purposively selected according to specific inclusion criteria. Data were collected using pain level assessments, measures of pain severity, and quality of life questionnaires. Descriptive statistics and inferential statistics using the paired t-test were applied to analyze differences in mean scores before and after the intervention.

The results revealed that, by Day 5 of taking the herbal remedy, participants experienced a statistically significant reduction in acute lower back pain ($p < 0.001$). There was also a significant decrease in the severity of pain ($p < 0.003$), along with a notable improvement in participants' quality of life ($p < 0.021$). No adverse effects were reported.

Keywords : Kaelomkaesen recipe, acute lower back pain, pain relief by cannabis

Corresponding author : Sansanee Sombatteera **Email :** rain_pang@hotmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันยาสมุนไพรได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้น จะเห็นได้จากการมีนโยบายภาครัฐที่สนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านร่วมกับการรักษา ประกอบกับองค์การอนามัยโลกได้มีการสนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งการรักษาและการป้องกันโรคจากกลยุทธ์ WHO Traditional Medicine (TM) Strategy 2014-2023 ซึ่งมุ่งเน้นผลักดันให้มีการนำสมุนไพรท้องถิ่นในแต่ละประเทศของตนเองมาพัฒนาต่อยอดทางการวิจัยและสามารถนำมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า โดยที่หลายประเทศทั่วโลกต่างก็เริ่มมีการนำสมุนไพรในท้องถิ่นของตนเองมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยนั้น ได้มีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพและรักษาอาการเจ็บป่วยมาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำสมุนไพรที่มีศักยภาพในการนำมาต่อยอดทั้งเชิงการดูแลสุขภาพและการสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ ซึ่งกัญชาก็เป็นพืชสมุนไพรที่มีการใช้ประโยชน์มานานในประเทศไทย และมีตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่หลายตำรับ ที่เป็นตำรับยาที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย เช่น ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น⁽²⁾ เป็นต้น ซึ่งนับว่าเป็นทางเลือกการแพทย์ทางเลือกที่จะใช้ส่วนผสมของกัญชามาใช้ในการบำบัดอาการปวดหลังส่วนล่างที่กำลังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อถึงร้อยละ 60-80 และจะพบมากในวัยผู้ใหญ่ที่เคยมีประวัติอาการปวดหลังอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต⁽³⁾ ซึ่งอาการอาการปวดหลังส่วนล่างปวดบริเวณเอวอาจมีอาการปวดบริเวณสะโพกหรือก้นร่วมด้วย ส่วนใหญ่เกิดจากการบิดหลังและสะโพก เช่น การอยู่ในอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานานจะทำให้มีอาการปวดอาจลามไปที่สะโพก ต้นขาด้านหลังและน่องได้ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽⁴⁾ จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยนอกในสถานบริการ

สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2565 พบว่า โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริมจัดอยู่ในอันดับ 4 ของโรคที่พบบ่อยที่สุด⁽⁵⁾ ซึ่งในการรักษาจะมีทั้งการใช้แพทย์แผนสมัยใหม่ ต่อมาช่วงปัจจุบันเริ่มมีการใช้แพทย์ทางเลือกเป็นที่นิยมในการรักษามากขึ้น⁽⁶⁾

จากข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ พบว่า โรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและโครงร่าง ร้อยละ 85 ส่วนใหญ่พบในวัยทำงาน อยู่ในอิริยาบถนั่งเป็นเวลานานต่อวัน และในวัยผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกาย เนื่องด้วยพื้นที่อำเภอศรีเชียงใหม่เป็นแหล่งที่ตั้งของโรงงานผลิตอาหารขนาดใหญ่จำนวน 4 แห่ง และโรงงานไฟฟ้า 1 แห่ง ประกอบด้วยวัยทำงานจำนวนไม่ต่ำกว่าแห่งละ 200-300 คนต่อโรงงาน ปัญหาสุขภาพในวัยทำงานในโรงงานส่วนใหญ่ คืออาการปวดกล้ามเนื้อมากกว่าร้อยละ 80 โดยอาการปวดหลังส่วนล่าง ถูกพบในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบร้อยละ 19.28 จากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565-2 เมษายน 2566⁽⁷⁾ และวิธีการในการรักษาที่นิยมสูงสุดในวัยทำงานก็คือ การรับประทานยาบรรเทาอาการปวด บางรายรับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำ ด้วยการใช้ชีวิตสภาวะเร่งรีบเป็นเหตุรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อาจก่อให้เกิดอาการระคายเคืองในระบบทางเดินอาหาร บางรายมีอาการมีนชาปลายมือปลายเท้าร่วมด้วยจากโรคประจำตัว หรือภาวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีอาการปวดมากอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน พัฒนาไปเป็นอาการปวดเรื้อรังและปัญหาอื่น ๆ ได้ในอนาคต

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โดยเน้นการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างระยะฉับพลัน (Acute back pain) ทั้งนี้เพื่อบรรเทาอาการ ลดปริมาณการรับประทานยาแก้ปวดแผนปัจจุบัน รวมถึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหันมาใช้ยาสมุนไพร และเข้ารับการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพผลยาสมุนไพรแก้เส้นต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

วิธีการดำเนินการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One group pretest posttest design ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2566-30 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 20 สัปดาห์ โดยมีการติดตามผลต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มีอาการอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างเฉียบพลัน (น้อยกว่า 6 สัปดาห์) ที่เข้ารับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2566 -กันยายน 2566 การคำนวณประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามาจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง⁽⁸⁾ ใช้หลักการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรในกรณีที่ประชากรมีขนาดเล็กและทราบจำนวนประชากรจากสูตรการคำนวณทราบขนาดประชากร อ้างอิงจากการศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์และความชุกของการปวดหลังส่วนล่าง ในพนักงานเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองบัวลำภู⁽⁹⁾ โดยจำนวนอาสาสมัครที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามอาการที่มารับบริการ ณ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จำนวน 40 คน ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 1 เมษายน 2566

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2 P(1 - P)}{d^2(N - 1) + Z^2\alpha/2 P(1 - P)}$$

$$n = \frac{40(1.96^2)(0.25)(1 - 0.25)}{0.02^2(40 - 1) + (1.96^2)(0.25)(1 - 0.25)}$$

$$n = 32.879$$

เนื่องจากการศึกษาใช้ระยะเวลาศึกษา 6 เดือน ในระหว่างการศึกษาอาจมีการสูญหายของอาสาสมัครจึงได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง 34 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้ 1) เป็นผู้ที่มีการปวดหลังส่วนล่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 สัปดาห์ 2) ผู้ป่วยเคยอยู่ในอิริยาบถเดิมมากกว่า 4-6 ชั่วโมงต่อวัน 3) สามารถเข้าใจการสื่อสาร โดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เป็นต้น ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) มีประวัติการผ่าตัดเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกบริเวณหลังส่วนล่าง 2) มีโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดอาการปวดหรือความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเกาต์ ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด โรคเนื้องอก หรือมะเร็งกระดูก 3) มีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ส่งผลต่ออาการผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างถาวร หรือต้องได้รับการผ่าตัด เช่น กระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท การผ่าตัดใส่เหล็กตามหลัง 4) อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร 5) ผู้ที่ได้รับประทานยาประจำตัว เช่น Phenytoin^{9,10} Propranolol¹¹, Theophylline¹¹, Rifampicin¹², Nateglinide¹³, Glimepiride¹⁴ และยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statin¹⁵ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จากระบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ อิริยาบถส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ระยะเวลาที่อยู่ในอิริยาบถเดิม ประวัติการออกกำลังกาย ประวัติการแพ้ยา การผ่าตัด การประสบอุบัติเหตุ

2. แบบประเมินผู้ป่วย ดังนี้

1) แบบประเมินระดับความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของตัวเลข 0 คือ ไม่ปวดเลย-10 คือ ปวดมากที่สุด

2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire คือ ระดับความรุนแรงและการจำกัดกิจวัตรประจำวันจากอาการปวดหลัง โดยแบ่งระดับคะแนน 6 คือปวดมากที่สุดและ 0 คือไม่ปวดเลย

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) คือ การประเมินการมีชีวิตที่มีคุณภาพ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ

3. แบบสอบถามอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาแก้ลมแก้เส้น

ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ให้เลือกตอบตามลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ดังนี้ 0 คือ ไม่มีอาการเลย และ 4 คือมีอาการชัดเจน และเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำแบบสอบถามทั่วไปและแบบสัมภาษณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาแก้ลมแก้เส้นที่สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) โดยได้ค่า IOC = 0.67-1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค Cronbach's Alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และ 0.75 ตามลำดับ

ส่วนแบบประเมินความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire ได้รับค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินเท่ากับ 0.6-1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นเมื่อคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.8107⁽¹⁰⁾

และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีความเที่ยงตรง (validity) ที่ดี โดยมีค่า content validity = 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84⁽¹¹⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ดำเนินการวิจัยได้จัดทำบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
2. อธิบายรายละเอียดของงานวิจัยด้วยตนเองให้แก่อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับทราบ วิธีดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ กระบวนการรักษา ขนาดรับประทาน การประเมินและติดตามผล พร้อมข้อควรระวังระหว่างการรับประทานยาแก้ลมแก้เส้น
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัคร ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ระหว่างพฤษภาคม 2566-30 กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์อาการไม่พึงประสงค์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวด ความรุนแรงของอาการปวดหลัง และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการรักษาด้วยสถิติ Paired T-test

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 29/2566 ลงวันที่ 27 เมษายน 2566 และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 เพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 มีอายุเฉลี่ย 52.37 ± 9.64 ปี ระดับการศึกษาของอาสาสมัครส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมัธยมศึกษา รองลงมาคือ ประถมศึกษา ปริญญาตรี ปวช.-ปวส. ต่ำกว่าประถมศึกษา สูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 36.8, 23.7, 21.1, 10.5, 5.3 และ 2.6 ตามลำดับ อาสาสมัครส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ แม่บ้านและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.3 อาชีพ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 21.1 ค้าขาย ร้อยละ 18.4 และเกษตรกร ร้อยละ 7.9 มีอิริยาบถนั่งเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 36.8 นั่งและเดิน ร้อยละ 28.9 นั่งและยืน ร้อยละ 21.1 อยู่ในอิริยาบถยืน ร้อยละ 7.9 และเดิน ร้อยละ 5.3 โดยมีระยะในการอยู่ในอิริยาบถเดิมต่อวัน เท่ากับ 4.05 ± 1.74 ชั่วโมง อาสาสมัครส่วนใหญ่มีพฤติกรรมยืดเหยียดร่างกายหรือออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 31.6 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 28.9 ออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 18.4 ออกกำลังกายทุกวัน ร้อยละ 15.8 และออกกำลังกาย 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 5.3 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 89.5 และมีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 10.5 ส่วนใหญ่ไม่เคยประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 52.6 และเคยมีประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 47.4 ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ ร้อยละ 84.2 และมีประวัติอุบัติเหตุ ร้อยละ 15.8 เป็นต้น

2. ระดับความเจ็บปวด เมื่อวัดระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่แรกเริ่ม (วันที่ 0) พบว่า มีค่าเฉลี่ย 5.23 ± 1.50 คะแนน และภายหลังจากรับประทานยาแก้ปวดแอสไพรินในวันที่ 5 มีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 3.21 ± 1.60 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน (วันที่ 0) และหลังการรับประทานยาแก้ปวดแอสไพริน (วันที่ 5) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่าง ($N=38$)

ระดับความเจ็บปวด		p-value ^a
วันที่ 0	วันที่ 5	
(ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	(ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	
5.23 ± 1.50	3.21 ± 1.60	$<0.001^{**}$

^a: เมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด (VAS) ระหว่างแรกเริ่ม วันที่ 0 และวันที่ 5 ด้วยการวิเคราะห์สถิติ Wilcoxon signed rank test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

* แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

** แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

3. ระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง (Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire) โดยประเมินระดับความรุนแรงระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ในช่วงแรกเริ่มการรักษาส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.63 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 47.37 และภายหลังจากรับประทานยาแก้ปวดแอสไพรินในวันที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 81.58 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.42 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน (วันที่ 0) และหลังการรับประทานยาแก้ปวดแอสไพริน (วันที่ 5) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.003$) แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire ($N=38$)

	วันที่ 0		วันที่ 5		p-value ^a
ความรุนแรงของอาการปวดหลัง	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
ระดับต่ำ (10-26.99 คะแนน)	18	47.37	31	81.58	0.003*
ระดับปานกลาง (27-43.99 คะแนน)	20	52.63	7	18.42	
ระดับสูง (44-66. คะแนน)	0	0	0	0	

^a: เมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง ระหว่างแรกเริ่มกับวันที่ 5 ด้วย McNamara Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

* แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

4. คุณภาพชีวิต เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งการประเมินระดับคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี คุณภาพชีวิตปานกลาง และคุณภาพชีวิตดี โดยเริ่มวัดตั้งแต่แรกเริ่มคือในวันที่ 0 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 65.79 รองลงมามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 34.21 และภายหลังรับประทานยาแก้ลม แก่เส้นเป็นเวลา 5 วัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 52.63 รองลงมามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 47.37

และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน (วันที่ 0) และหลังการรับประทานยาแก้ลมแก่เส้น (วันที่ 5) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.021$) แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (N=38)

ความรุนแรงของอาการปวดหลัง	วันที่ 0		วันที่ 5		p-value ^a
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26-60 คะแนน)	0	0	0	0	0.021*
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61-95 คะแนน)	25	65.79	18	47.37	
คุณภาพชีวิตดี (96-130 คะแนน)	13	34.21	20	52.63	

^a:เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างแรกเริ่มกับวันที่ 5 ด้วยสถิติ McNemar Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

* แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

5. อาการไม่พึงประสงค์ เมื่อวิเคราะห์อาการไม่พึงประสงค์ พบว่า หลังจากการรับประทานยาแก้ลม แก่เส้นต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 94.74 และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 ประกอบด้วยอาการแสบร้อนกลางอก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.63 และอาการท้องอืด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.63 โดยอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีอาการเกิดก่อนหน้าที่จะรับประทานยาแก้ลมแก่เส้น

ตารางที่ 4 อาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาแก้ลมแก่เส้นต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วัน (N=38)

อาการไม่พึงประสงค์		จำนวนคน	ร้อยละ
เกิด	แสบร้อนกลางอก	1	2.63
	ท้องอืด	36	94.74
	ไม่เกิด		
ไม่เกิด	มี	0	0
	ไม่มี	2	100

วิจารณ์

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ จะเห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาแก้ลมแก้เส้น ขนาด 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หลังอาหารเช้าและเย็นติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างเฉียบพลัน มีผลลดระดับความเจ็บปวดลงได้อย่างชัดเจน ซึ่งมีการศึกษาทางคลินิกต่อการใช้สารสกัดเทียนดำ ขนาด 2 กรัมต่อวัน สามารถบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม⁽¹²⁾ รวมถึงการนำสารสกัดชิงขนาด 2 กรัม บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อภายใน 24 ชั่วโมงหลังการออกกำลังกาย⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับการใช้สารสกัดชิงขนาด 400 มิลลิกรัม จะมีผลต่อการลดอาการปวดไมเกรนหลังรับประทานได้ในระยะเวลา 1 ชั่วโมง⁽¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Motahar Heidari-Beni, et all (2022)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การใช้สารสกัดขมิ้น, ขิง และพริกไทย รับประทานต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกับ Naproxen ซึ่งในการใช้สมุนไพรตำรับยาแก้ลมแก้เส้นยังมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันการอักเสบของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย คือ เทียนขาว เทียนขาวเปลือก โดยมีการศึกษาองค์ประกอบน้ำมันหอมระเหยของเทียนขาว มีฤทธิ์ต่อต้านอนุมูลอิสระได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$)⁽¹⁶⁾ และในการศึกษาในห้องปฏิบัติการในเซลล์ผิวหนังมนุษย์ พบว่า น้ำมันหอมระเหยของเทียนขาวเปลือกมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระจากการศึกษา Relative NRF2 activity in HacaT cells เท่ากับ 90.3⁽¹⁷⁾ เป็นต้น จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติการอยู่ในอิริยาบถเดิมเป็นเวลานานหลายชั่วโมง ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพยาธิสภาพรบกวนต่อร่างกายโดยตรง⁽¹⁸⁾ ประกอบกับมีพฤติกรรมยืดเหยียดร่างกายหรือออกกำลังกายค่อนข้างน้อยต่อสัปดาห์ และมีการเคลื่อนไหวผิดท่าจากการทำงานเป็นประจำ⁽¹⁹⁾ ย่อมส่งผลต่อการปวดหลังบริเวณส่วนล่างมากขึ้นตามไปด้วย

และเมื่อเปรียบเทียบผลก่อนหลังการรับประทานยาแก้ลมแก้เส้น (วันที่ 0 -วันที่ 5) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระดับอาการปวดลดลง และในส่วนผสมของยาแก้ลมแก้เส้นนั้นจะมีส่วนผสมของเหง้าขิง พริกไทย ซึ่งออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต้านการอักเสบความเจ็บปวด ด้านการอักเสบระงับปวด⁽¹⁴⁾ ลดปวดในเทียนดำ⁽¹³⁾ ดังนั้น เมื่อรับประทานตำรับยาแก้ลมแก้เส้น สามารถบรรเทาอาการปวดได้ และไม่มีผลแตกต่างจากการใช้ Naproxen ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม⁽²⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของรามิล เจริญผล, นงนุช ตรีรัตนพันธ์, จันทรจิรา ชูแสง และชญาภา สุขวิจิต (2018)⁽²¹⁾ พบว่า อาการปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง ส่งผลให้ระดับความรุนแรงอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดหลังลดลงร่วมด้วย เป็นต้น

ในด้านคุณภาพชีวิต จากพฤติกรรมการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคมที่ก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อเป็นประจำ การเคลื่อนไหวร่างกายผิดท่า มีอาการปวดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างต่อเนื่องไม่เกิน 6 สัปดาห์ เป็นผลให้คุณภาพชีวิตก่อนเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังการรับประทานยาแก้ลมแก้เส้น ต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วันแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่า การรับประทานยาแก้ลมแก้เส้นที่มีส่วนผสมของสมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดปวด ด้านการอักเสบ จึงมีส่วนช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดบริเวณหลังส่วนล่างลดลง ส่งผลให้ความรู้สึก อารมณ์ จิตใจ มีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันคล่องตัวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Glover, J et all (1995)⁽²²⁾ ที่พบว่า ความเชื่อมโยงของอาการปวดจึงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เกี่ยวข้องระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต คล้ายคลึงกับการศึกษาของพัชรินทร์ น้อยสุวรรณ, วีระพร ศุทธากรณ์ และวันเพ็ญ ทรงคำ (2562)⁽²³⁾ ที่พบว่า การลดอาการปวดหลังส่วนล่าง จะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของเกษตรกรชาวนา พยาบาลอาสาสมัครรวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ ได้เช่นเดียวกับการศึกษาของพิศมัย ยุงกระโทก (2567)⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ภายหลังจากใช้ผลของโปรแกรมส่งเสริม

ประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ตำรับยาสมุนไพรทางแพทย์แผนไทยตำรับ แก้มแก้มเส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ระดับประสิทธิผลความปลอดภัยและความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($t = 6.28, 6.09$)

ในส่วนของการไม่พึงประสงค์ พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างการรับประทานยาแก้มแก้มเส้นต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วันแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นเลย แสดงว่า ตำรับยาดังกล่าวส่งผลดีต่อการบรรเทาความเจ็บปวดและทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น

จากการศึกษา ตำรับแก้มแก้มเส้นที่ ประกอบด้วย 1) เทียนขาว 1 ส่วน 2) เทียนดำ 2 ส่วน 3) เทียนขาวเปลือก 3 ส่วน 4) ชิง 4 ส่วน 5) เจตมูล 5 ส่วน 6) ใบกัญชา 20 ส่วน 7) พริกไทย 40 ส่วน ซึ่งมีข้อสังเกตว่า ปริมาณสมุนไพรสูงสุดในตำรับนี้คือ พริกไทย ซึ่งมีสารไพเพอรีน ที่ทำให้การระคายเคืองของเส้นประสาทบริเวณใบหน้าระหว่างการรับประทาน เนื่องจากสภาพเมือกเยื่อของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์แสบร้อนกลางอกและเยื่อบุทางเดินอาหารใกล้เคียง⁽²⁵⁾ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ด้วย และในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินสนับสนุนและช่วยขับเคลื่อนนโยบายการนำภูมิปัญญาสมุนไพรมาใช้ในการวิจัยและการรักษาโรคในทางการแพทย์แผนไทย โดยสนับสนุนให้เกิดการใช้ตำรับยาที่มีภูมิปัญญาปรุงผสมในสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนำภูมิปัญญาภูมิปัญญาสมุนไพรมาใช้ประโยชน์ และเพิ่มการเข้าถึงภูมิปัญญาทางการแพทย์ของประชาชน⁽²⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาในกลุ่มเดียว ดังนั้น เพื่อให้วัดผลได้ชัดเจนมากกว่าควรมีการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมด้วย เพื่อจะเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาแก้มแก้มเส้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อจะได้ติดตามผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการการศึกษารั้งต่อไป

ควรพัฒนาการนำภูมิปัญญาสมุนไพรมาใช้ประโยชน์ หรือประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ รวมถึงเมื่อจะสนับสนุนการนำภูมิปัญญาสมุนไพรเป็นวัตถุดิบมาปรุงยาแล้ว ดังนั้น ควรดูแลตั้งการปลูกกัญชา ทั้งนี้เพื่อให้ได้วัตถุดิบที่มีคุณภาพดีเพียงพอ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ นพ.จามิกร ใจดี, ดร.เทพไทย โชติชัย, ดร.ลัดดา อะโนศรี และนางสาวจรัสศรี อาจศิริ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก ประเทศไทย (WHO Thailand). (2560). ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>

2. รัชนี จันทรเกษ. การพัฒนาห่วงโซ่คุณค่า “กัญชา”ทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ. วิทยาลัยนักรบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2566] เข้าถึงได้จาก <https://www.ocsc.go.th/wp-content/uploads/2024/05/IS78431-1.pdf>
3. วณิช ตัณฑวิวัฒน์, วิษณุ กัมพรทิพย์, สันติ อัครพลังชัย และประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. (2005). อาการปวดหลังจากการทำงานของคนงานโรงพยาบาลศิริราช. เวชศาสตร์พื้นฟูสาร; 15(3): 135-144.
4. ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, (2021). คู่มือรักษาโรคปวดหลัง/อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤษภาคม 2566.]. เข้าถึงได้จาก <https://w2.med.cmu.ac.th/northo/p/knowledge-for-the-people/1771/>
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2555 – 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2566.]. เข้าถึงได้จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=305
6. น้ำค้าง พักปัญญา. การศึกษาประสิทธิผลสำหรับยาสมุนไพรแก้ลมขึ้นเบื้องสูง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยแห่งหนึ่ง. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2563.
7. Bangkok Medical software. HosxP (Version 2023) [Computer software]. Bangkok Medical software [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://hosxp.net>
8. อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551
9. พิรพงษ์ จันทราเทพ. ปัจจัยด้านการยศาสตร์และความชุกของการปวดหลังส่วนล่าง ในพนักงานเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองบัวลำภู[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554
10. Nopawan Sanjaroensuttikul. The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Version 1.0) Thai Version. J Med Assoc Thai 2007; 90(7): 1417-1422.
11. สุวัฒน์ มหัตถิรินทร์กุล และคณะ. . เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชดย่อฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง, 2545.
12. Ahmad Salimzadeh, Anahita Ghourchian, Rasool choopani, Homa hajimehdipoor, Mohammad kamalinejad and Maryam abolhasani. Effect of an orally formulated processed black cumin, from Iranian traditional medicine pharmacopoeia, in relieving symptoms of knee osteoarthritis: A prospective, randomized, double-blind and placebo-controlled clinical trial. International Rheumatic Disease. 1-11,2017.
13. Christopher D Black, Matthew P Herring, David J Hurley and Patrick J O'Connor. Ginger (Zingiber officinale) reduces muscle pain caused by eccentric exercise. The journal of pain 2010; 11(9): 894-903.
14. Laís Bhering Martins, Ana Maria dos Santos Rodrigues, Débora Fernandes Rodrigues, Luana Caroline dos Santos, Antônio Lúcio Teixeira and Adaliene Versiani Matos Ferreira. Double-blind placebo-controlled randomized clinical trial of ginger (Zingiber officinale Rosc.) addition in migraine acute treatment. SAGE journals 2019;39(1): 68-76.

15. Motahar Heidari-Beni, Amir R. Moravejolahkami, Pegah Gorgian, Gholamreza Askari, Mohammad J. Tarrahi and Nimah Bahreini-Esfahani. Herbal formulation “turmeric extract, black pepper, and ginger” versus Naproxen for chronic knee osteoarthritis: A randomized, double-blind, controlled clinical trial. *Phytotherapy research* 2020 ; 34(8): 2067-2073.
16. Ashti Morovati, Bahram Pourghassem Gargari and Parvin Sarbakhsh. (2019). Effects of cumin (*Cuminum cyminum* L.) essential oil supplementation on metabolic syndrome components: A randomized, triple-blind, placebo-controlled clinical trial. *Phytotherapy research* 2019; 33(12): 3261-3269.
17. Michal Korinek, Heba Handoussa, Yi-Hong Tsai, You-Ying Chen, Meng-Hua Chen, Zan-Wei Chiou, Yu Fang, Fang-Rong Chang, Chia-Hung Yen, Chia-Hung Yen, Bing-Hung Chen, Mohamed El-Shazly and Tsong-Long Hwang. (2021). Anti-Inflammatory and Antimicrobial Volatile Oils: Fennel and Cumin Inhibit Neutrophilic Inflammation via Regulating Calcium and MAPKs. *Frontiers in Pharmacology* 2021; 10(12): 1-20.
18. Ferrell, B.R. (1996). The Quality of lives : 1,525 voices of cancers. *Oncology Nursing Forum* 1996; 23 (6): 907 – 916.
19. มานพ ประภาษานนท์. คู่มือปวดหลัง [Back pain hand book]. กรุงเทพฯ: กองบรรณาธิการ ไกล่หมอ, 2546.
20. H Rentmeister-Bryant and B G Green. (1997). Perceived irritation during ingestion of capsaicin or piperine: comparison of trigeminal and non-trigeminal areas. *Chem Senses* 1997;22(3): 257-66.
21. รามิล เจริญผล, นงนุช ตริรัตน์พันธ์, จันทรจิรา ชูแสง และชญาภา สุขวิจิตร. ผลของการรักษาด้วยการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายต่ออาการปวด ความรุนแรงของอาการปวด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่างของคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลตรัง. การประชุมวิชาการ: นำเสนอประสบการณ์และงานวิจัยการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสุขภาพ 2018; 2019(6): 30-35.
22. Glover, J., Dibble, S.L., Dodd, M.J. and Miaskowski, C. Mood states of oncology outpatients: Dose pain make a difference?. *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10(2) : 120 – 128.
23. พชรินทร์ น้อยสุวรรณ, วีระพร ศุทธาภรณ์ และวันเพ็ญ ทรงคำ. ผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของเกษตรกรชาวนา. *พยาบาลสาร* 2562 ;46(3): 142-156.
24. พิศมัย ยิ่งกรโทก. การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยาแก้ปวดทางกายภาพแผนไทย ตำรับ แก้มแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน* 2567;9(2):622-627.
25. H Rentmeister-Bryant and B G Green. Perceived irritation during ingestion of capsaicin or piperine: comparison of trigeminal and non-trigeminal areas. *Chem Senses*: 1997 ;22 (3): 257-66.
26. สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปรุงยาเฉพาะรายตำรับยาแก้ปวดทางกายภาพแผนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤษภาคม 2568.]. เข้าถึงได้จาก https://ockt.dtam.moph.go.th/images/Document/thai_traditional_medical_cannabis_recipe.pdf

การพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Development of access to public health services for local government employee welfare beneficiaries in sub-district health promoting hospitals under the Nong Khai Provincial Public Health Office.

คัมภีร์ วงศ์วิเชียร ส.บ.ค.อ.ม.

Kumpee Wongwichian, (B.P.H, M.Sc.)

อัญชลีพร วุฒิเบิก ป.พ.ส

Anchaleeporn Wuttipek, (Dip in Nursing Science, M.P.H.M)

พัชมน ศรีหาบุตร วท.บ.

Patchamon Srihaboot, (B.Sc.)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Nong Khai Province Public Health Office

(Received: 3 April 2025, Revised 8 May 2025, Accepted: 10 May 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ทำศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นพนักงานท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย จำนวน 2,366 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 136 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการเข้าถึงบริการสาธารณสุข แบบสอบถามที่กรายได้จากเงินชดเชยค่ารักษายาพยาบาล คู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และแบบสอบถามความเข้าใจในคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Paired t – test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรมสร้างความเข้าใจกระบวนการในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) การใช้คู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และ 3) การติดตามโดยใช้โปรแกรม e-Claim และภายหลังการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแล้ว พบว่า พนักงานท้องถิ่นมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น ส่งผลให้สามารถเรียกเงินชดเชยค่ารักษายาพยาบาลเพิ่มขึ้นเช่น และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในคู่มือก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : การเข้าถึงบริการสาธารณสุข, ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาล, พนักงานท้องถิ่น,

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ติดต่อผู้พิมพ์ : คัมภีร์ วงศ์วิเชียร อีเมล : kump_16@hotmail.com

Abstract

This mixed-method research aimed to develop access to public health services among local employees' welfare users in sub-district health promotion hospitals in Nong Khai Province. The study was conducted from July 2024 to March 2025. The population was 2,366 local employees in Nong Khai Province, and the sample group was 136 purposively selected. The instruments were interview forms, public health service access records, medical treatment compensation income records, a public health service access manual, and a questionnaire on understanding the public health service access manual. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics, including the Paired t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results found that the promotion of access to public health services for the users of the welfare for local employees in the sub-district health promotion hospital in Nong Khai Province consisted of 1) training to create understanding of the process of accessing health services, 2) using the manual for accessing public health services, and 3) following up using the e-Claim program. After organizing the activity to promote access to public health services, it was found that the local employees had more access to public health services in the sub-district health promotion hospital, resulting in being able to claim more compensation for medical expenses. When comparing the understanding of the manual before and after the development, it was found that there was a statistically significant difference ($p < 0.05$).

Keywords: access to public health services, health welfare beneficiaries, local government Employees, sub-district health-promoting hospitals

Corresponding author: Kumpee Wongwichian Email: kump_16@hotmail.com

บทนำ

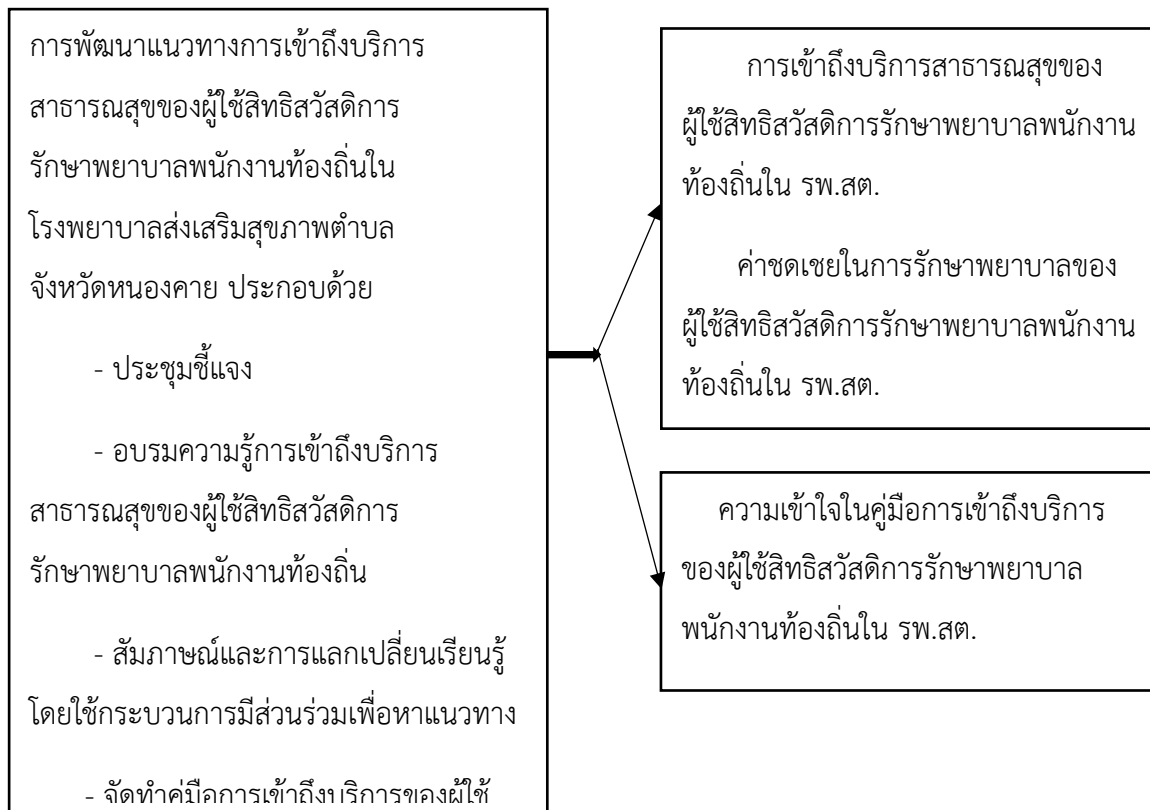
การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับคนไทยนั้น เป็นหนึ่งในนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญที่ดำเนินการมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁾ และสิทธิหลักประกันสุขภาพอันเป็นสิทธิของคนไทยที่จะได้รับตามกฎหมาย โดยต้องส่งเสริมให้คนไทยได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงทุกคน⁽²⁾ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้บริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบประเด็นความท้าทาย คือ การบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิที่มีความซับซ้อนและมีความหลากหลายของกองทุน

สวัสดิการในการรักษาพยาบาล จะเห็นได้จากจำนวนของผู้มีสิทธิเบิกจ่ายกองทุนสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล มีทั้งหมด 1,248,675 คน มีสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงร้อยละ 15 ซึ่งแตกต่างจากจำนวนของผู้มีสิทธิที่ใช้บริการในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 85 สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างชัดเจน⁽³⁾ และกองทุนสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของพนักงานในท้องถิ่นนั้น เป็นอีกกองทุนหนึ่งที่จะช่วยให้บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีพระราชกฤษฎีกาที่กำหนดให้พนักงานท้องถิ่น หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคคลในครอบครัวของพนักงาน รวมถึงลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการของรัฐ โดยรัฐบาลได้กำหนดนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงมหาดไทย ได้ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลและคุ้มครองความมั่นคงสิทธิด้านการรักษาพยาบาล สำหรับข้าราชการ หรือพนักงาน หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งระบบเดิมกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยที่บุคคลต้องสำรองจ่ายก่อน แล้วจึงนำใบเสร็จมาเบิกคืนกับหน่วยงานต้นสังกัด ซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนการเบิกจ่ายที่ต้องใช้ระยะเวลารอคอย ต่อมาจึงพัฒนาปรับปรุงแนวทางการมาเป็นระบบเบิกจ่ายตรง โดยให้หน่วยบริการสุขภาพที่ผู้เข้ารับบริการได้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ และลดขั้นตอนในการใช้สิทธิ⁽⁴⁾ เป็นต้น

และการบริหารจัดการระบบสุขภาพของจังหวัดหนองคาย ได้กำหนดให้หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในแต่ละพื้นที่ได้ทำหน้าที่เบิกจ่ายแทนผู้รับบริการ ปัจจุบันมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีทั้งหมด 74 แห่ง โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 62 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.78 จะเห็นได้จากสถิติการเข้าใช้บริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565-2567 มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1,128 ครั้ง, 3,412 ครั้ง และ 5,346 ครั้ง ตามลำดับ⁽⁵⁾ และจากการสำรวจข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบประเด็นปัญหาการเบิกจ่ายตรง ได้แก่ ความพร้อมของระบบสารสนเทศ ความเข้าใจระเบียบการเบิกจ่าย ขั้นตอนการเบิกจ่าย และการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽⁶⁾ ซึ่งแนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีประสิทธิภาพได้ก็จะต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาในการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานท้องถิ่น

ในการบริการด้านสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งควรจะเป็นสิทธิของประชาชนชาวไทยซึ่งสิทธิตามธรรมชาติเป็นสิทธิที่กำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ และสิทธิในสุขภาพอันเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่จำเป็นที่รัฐต้องจัดทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบนพื้นฐานความเท่าเทียม และทั่วถึง⁽⁷⁾ โดยที่รัฐจะต้องสร้างสภาวะหรือเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายให้ได้มากที่สุด จะเห็นได้ว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บริหารจัดการการเบิกจ่ายสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล ของพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาตั้งแต่ปี 2566 ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จึงสนใจที่จะนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมา

ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในท้องถิ่นสามารถใช้สิทธิการเบิกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลโดยการจ่ายตรงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 รวมระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 32 สัปดาห์ โดยการประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นพนักงานท้องถิ่นทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย จำนวน 2,366 คน ดำเนินการคัดเลือกหน่วยงานที่จะทำการศึกษา โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากการจับสลาก โดยกำหนดอัตราส่วนร้อยละ 50 ของจำนวนหน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรม แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย

หน่วยงาน	จำนวนทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนที่สุ่มเลือก (แห่ง)
อบจ.	1	1
เทศบาลเมือง	2	1
เทศบาลตำบล	17	9
องค์การบริหารส่วนตำบล	48	24
รวม	68	35

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 136 คน โดยอาศัยเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้บริหารองค์การท้องถิ่นหรือผู้แทน จำนวน 35 คน 2) ผู้รับชอบงานสิทธิสวัสดิการพนักงานท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้องอีกจำนวน 101 คน 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดโครงการ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือ 1) ไม่อยู่ในตำแหน่งที่รับผิดชอบ ด้วยเหตุอันใดก็ตาม เช่น พ้นวาระการดำรงตำแหน่ง การย้ายสถานที่ทำงาน หรือไม่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีจับฉลากผู้แทนผู้บริหารองค์การท้องถิ่นที่จะใช้ในการสัมภาษณ์ เพื่อหาแนวทางในการเข้าถึงบริการฯ จำนวน 18 คน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สถานะผู้ปฏิบัติงาน รายได้ ระยะทางจากที่พัก/ที่ทำงานถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรคประจำตัว และจำนวนครั้งที่ไปใช้บริการ เป็นต้น

2. แบบสอบถามที่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยวัดเป็นจำนวนครั้งของการเข้าถึงบริการ

3. แบบสอบถามที่รายได้จากเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น โดยวัดเป็นจำนวนบาท

4. คู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁸⁾

5. แบบสอบถามความเข้าใจคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ประกอบด้วย คำนิยาม สิทธิประโยชน์ การใช้บริการสุขภาพ ขั้นตอนการใช้บริการ และการส่งต่อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนปริมาณ (Rating Scale) มี 5 ระดับ โดยใช้ตามวิธีของ ลิเคิร์ท (Likert, 1967, pp. 90-95) ดังนี้ ระดับที่ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ระดับที่ 2 หมายถึง น้อย ระดับที่ 3 หมายถึง ปานกลาง ระดับที่ 4 หมายถึง มาก ระดับที่ 5 หมายถึง มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้ ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-1.80 หมายถึง มีความเข้าใจน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81-2.60 หมายถึง มีความเข้าใจน้อย ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61-3.40 หมายถึง มีความเข้าใจปานกลาง ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41-4.20 หมายถึง มีความเข้าใจมาก ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21-5.00 หมายถึง มีความเข้าใจมากที่สุด เป็นต้น

6. แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) สถานการณ์การเข้าถึงบริการสาธารณสุข 2) แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ปัญหาของการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4) การใช้คู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องของข้อคำถามอยู่ที่ 0.67–1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถามความเข้าใจในคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ 0.76

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. สสำรวจสถานการณ์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (ตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567) เช่น 1) จำนวนครั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) จำนวนเงินชดเชยค่ารักษายาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ประเมินความเข้าใจในคู่มือก่อนการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น เป็นต้น

2. การพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) การพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการจัดประชุมชี้แจง และดำเนินการฝึกอบรมความรู้ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการใช้สิทธิรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น และทดสอบความเข้าใจของคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

2) การสัมภาษณ์เชิงลึกนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้แทน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในประเด็น สถานการณ์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแนวทางการการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการใช้คู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

3) จัดทำแนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และทดลองการใช้คู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลที่ปรับปรุงขึ้นมาใหม่

4) นำแนวทางและคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินความเข้าใจในคู่มือ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และจำนวนเงินชดเชยค่าบริการผ่านโปรแกรม e-Claim เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมตามแนวทางที่พัฒนา จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาจัดหมวดหมู่และทำการอ่าน สรุปเนื้อหา และถอดข้อความ สังเคราะห์ข้อมูล ลงรหัสบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วจึงทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) บันทึกและจัดหมวดหมู่ตามข้อคำถาม ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t – test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้งานวิจัยฉบับนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 101/2567 ลงวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.6 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 สถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) คิดเป็นร้อยละ 55.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 70.6 สถานะผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 94.1 รายได้เฉลี่ย 33,058.82 บาท ระยะทางจากที่พัก/ที่ทำงานถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 55.9 วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้รถยนต์ส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 82.4 ไม่มีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 89.0 จำนวนครั้งที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 1.30 ครั้ง

2. ผลการสำรวจการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566-มีนาคม 2567) ก่อนดำเนินการกิจกรรมการพัฒนา พบว่า

1) จำนวนครั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566-มีนาคม 2567) มีจำนวนทั้งสิ้น 3,526 ครั้ง โดยจำนวนครั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่า พนักงานท้องถิ่นของอำเภอเฝ้าไร่ มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด จำนวน 689 ครั้ง รองลงมา คือ พนักงานท้องถิ่นของอำเภอรันทนาปีที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 607 ครั้ง แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนพัฒนาฯ เมื่อจำแนกเป็นรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแยกรายเดือน (ครั้ง)						รวม
	ต.ค. 2566	พ.ย.2566	ธ.ค. 2566	ม.ค. 2567	ก.พ.2567	มี.ค. 2567	
เมือง	34	56	77	121	97	141	526
ท่าบ่อ	4	1	17	8	43	-	73
โพนพิสัย	93	154	84	86	58	21	496
ศรีเชียงใหม่	49	39	54	68	100	132	442
สังคม	19	70	4	31	16	39	179
สระใคร	50	101	53	2	100	33	339
เผ่าไร่	34	85	155	134	134	147	689
รัตนวาปี	63	30	85	96	169	164	607
โพธิ์ตาก	20	42	24	41	27	21	175
รวมทั้งหมด	366	578	553	587	744	698	3,526

2) จำนวนเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566-มีนาคม 2567) ก่อนดำเนินกิจกรรม การพัฒนาฯ โดยจำนวนเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุดคือ อำเภอเผ่าไร่ จำนวน 56,265.90 บาท รองลงมาคือ จำนวนเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล พนักงานท้องถิ่นในอำเภอรันตวาปี จำนวน 42,710.70 บาท แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนพัฒนาฯเมื่อจำแนกเป็นรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนเงินชดเชยค่ารักษายาบาลแยกรายเดือน (บาท)						รวม
	ต.ค. 2566	พ.ย. 2566	ธ.ค. 2566	ม.ค. 2567	ก.พ. 2567	มี.ค. 2567	
เมือง	2,381.80	3,030.00	3,260.00	5,722.37	5,706.14	7,405.87	27,506.18
ท่าบ่อ	-	-	738.75	179.40	5,090.00	-	6,008.15
โพนพิสัย	5,428.25	10,515.00	5,791.25	4,360.00	2,282.50	1,270.00	29,647.00
ศรีเชียงใหม่	3,767.50	2,224.75	3,192.50	3,663.25	6,340.00	8,570.00	27,758.00
สังคม	2,660.00	5,900.00	320.00	1,695.00	400.00	1,655.00	12,630.00
สระใคร	2,480.00	3,885.00	3,250.00	100.00	6,815.00	1,285.00	17,815.00
เผ่าไร่	1,982.00	5,161.50	10,231.50	11,015.20	13,274.20	14,601.50	56,265.90
รัตนวาปี	4,738.60	1,986.60	3,694.00	5,274.00	12,767.00	14,250.50	42,710.70
โพธิ์ตาก	669.25	1,690.00	970.00	1,623.05	1,008.00	710.00	6,670.30
รวมทั้งหมด	24,107.40	34,392.85	31,448.00	33,632.27	53,682.84	49,747.87	227,011.23

3) ความเข้าใจในคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนดำเนินกิจกรรมการพัฒนา พบว่า ภาพรวมความเข้าใจในคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ± 0.27 โดยด้านที่พนักงานท้องถิ่นมีความเข้าใจมากที่สุด คือ ด้านคำนิยามโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (S.D = 0.60) รองลงมา คือมีความเข้าใจในขั้นตอนการให้บริการ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 (S.D = 0.42) แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเข้าใจในคู่มือ ก่อนการพัฒนา (N= 136)

ความเข้าใจในคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น	$\bar{x}$	SD.	แปลผล
1. คำนิยาม	3.10	0.60	ปานกลาง
2. สิทธิประโยชน์	2.90	0.55	ปานกลาง
3. การให้บริการ	2.92	0.53	ปานกลาง
4. ขั้นตอนการให้บริการ	3.04	0.45	ปานกลาง
5. การส่งต่อ	3.02	0.42	ปานกลาง
ภาพรวม	3.00	0.27	ปานกลาง

3. การพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1) แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดอบรม 2) การทบทวนความรู้ 3) การปรับปรุงและสนับสนุนคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น

2) การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาฯ ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

(1) การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้ใช้สิทธิส่วนใหญ่ชอบความสะดวก และความรวดเร็วของการเข้าถึงบริการ ควรมีระบบจองคิว และการเบิกจ่ายสิทธิประโยชน์ให้โดยตรง

(2) แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ความร่วมมือระหว่างผู้ใช้สิทธิและผู้ให้บริการ จะช่วยแก้ไขปัญหาการให้บริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงปัญหาของการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ ยังมีการเสนอให้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อทบทวนปัญหาและกำหนดนโยบายร่วมกัน รวมถึงการมีการปรับปรุงคู่มือที่ใช้ในการเข้าถึงบริการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เนื่องจากผู้ใช้งานไม่เข้าใจคู่มือในบางประเด็น

4. ผลจากการพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งภายหลังการพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น พบว่า

1) จำนวนครั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567-มีนาคม 2568) จำนวน 3,682 ครั้ง โดยจำนวนครั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่า พนักงานท้องถิ่นของอำเภอเมืองหนองคาย สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด จำนวน 1,052 ครั้ง รองลงมา คือ พนักงานท้องถิ่นของอำเภอเฝ้าไร่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 674 ครั้ง แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนครั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการพัฒนาฯ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแยกแยะรายเดือน (ครั้ง)						รวม
	ต.ค. 2567	พ.ย. 2567	ธ.ค. 2567	ม.ค. 2568	ก.พ. 2568	มี.ค. 2568	
เมือง	58	168	154	132	151	389	1,052
ท่าบ่อ	3	3	18	51	9	4	88
โพนพิสัย	58	135	39	71	50	7	360
ศรีเชียงใหม่	29	52	119	68	81	38	387
สังคม	13	16	33	46	43	50	201
สระใคร	15	59	41	48	46	38	247
เฝ้าไร่	100	108	115	137	131	83	674
รัตนวาปี	88	24	172	133	117	95	629
โพธิ์ตาก	-	4	16	12	8	4	44
รวมทั้งหมด	364	569	707	698	636	708	3,682

2) จำนวนเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567-มีนาคม 2568) จำนวน 264,993.35 บาท โดยจำนวนเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีเงินชดเชยค่ารักษายาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นมากที่สุดคือ อำเภอเมืองหนองคาย จำนวน 61,538.25 บาท รองลงมาคือ เงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในอำเภอเฝ้าไร่ จำนวน 60,221.20 บาท แสดงตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการพัฒนาฯ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลแยกรายเดือน (บาท)						รวม
	ต.ค. 2567	พ.ย. 2567	ธ.ค. 2567	ม.ค. 2568	ก.พ. 2568	มี.ค. 2568	
เมือง	3,081.09	9,045.01	9,588.45	7,640.00	10,246.00	21,937.70	61,538.25
ท่าบ่อ	410.00	650.00	1,725.00	3,397.50	870.00	530.00	7,582.50
โพนพิสัย	5,171.00	7,642.00	2,721.00	4,933.50	2,586.00	310.00	23,363.50
ศรีเชียงใหม่	1,587.00	3,694.50	11,204.50	6,862.00	7,136.50	3,333.00	33,817.50
สังคม	820.00	2,110.00	1,630.00	3,618.40	4,236.00	2,536.00	14,950.40
สระใคร	525.00	2,765.00	4,130.00	4,250.00	4,930.00	3,560.00	20,160.00
เผ่าไร่	9,286.50	10,341.40	10,186.80	10,693.20	10,946.05	8,767.25	60,221.20
รัตนวาปี	4,938.00	1,140.00	11,311.50	8,194.00	5,691.50	11,350.00	42,625.00
โพธิ์ตาก	-	-	735.00	-	-	-	735.00
รวมทั้งหมด	25,818.59	37,387.91	53,232.25	49,588.60	46,642.05	52,323.95	264,993.35

3) ความเข้าใจในคู่มือส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า โดยภาพรวมพนักงานท้องถิ่นมีความเข้าใจในการใช้คู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 ± 0.38 แสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความเข้าใจในคู่มือหลังการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น (N= 136)

ความเข้าใจในคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ของผู้ใช้สิทธิรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น	$\bar{x}$	SD.	แปลผล
1. คำนิยาม	4.25	0.46	มากที่สุด
2. สิทธิประโยชน์	4.09	0.44	มาก
3. การให้บริการ	4.25	0.48	มากที่สุด
4. ขั้นตอนการให้บริการ	4.05	0.50	มาก
5. การส่งต่อ	4.04	0.55	มาก
ภาพรวม	4.14	0.38	มาก

5. การเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและจำนวนเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 และปีงบประมาณ 2568 พบว่า โดยภาพรวมพนักงานท้องถิ่นมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.42 แสดงตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบร้อยละการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ร้อยละการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นแยกรายเดือน						รวม
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	มค.	ก.พ.	มี.ค.	
เมือง	70.59	200.00	100.00	9.09	55.67	175.89	100.00
ท่าบ่อ	-25.00	200.00	5.88	537.50	-79.07	-	20.55
โพนพิสัย	-37.63	-12.34	-53.57	-17.44	-13.79	-66.67	-27.42
ศรีเชียงใหม่	-40.82	33.33	120.37	0.00	-19.00	-71.21	-12.44
สังคม	-31.58	-77.14	725.00	48.39	168.75	28.21	12.29
สระใคร	-70.00	-41.58	-22.64	2,300.00	-54.00	15.15	-27.14
เผ่าไร่	194.12	27.06	-25.81	2.24	-2.24	-43.54	-2.18
รัตนวาปี	39.68	-20.00	102.35	38.54	-30.77	-42.07	3.62
โพธิ์ตาก	-100.00	-90.48	-33.33	-70.73	-70.37	-80.95	-74.86
รวมทั้งหมด	-0.55	-1.56	27.85	18.91	-14.52	1.43	4.42

6. การเปรียบเทียบร้อยละเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2567 และปีงบประมาณ 2568 พบว่า โดยภาพรวมมีเงินชดเชยค่ารักษายาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพนักงานท้องถิ่นเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.73 แสดงตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบร้อยละเงินชดเชยค่ารักษายาบาลเพิ่มขึ้นของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ร้อยละเงินชดเชยค่ารักษายาบาลเพิ่มขึ้นแยกรายเดือน						รวม
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	มค.	ก.พ.	มี.ค.	
เมือง	29.36	198.52	194.12	33.51	79.56	196.22	123.73
ท่าบ่อ	-	-	133.50	1,793.81	-82.91	-	26.20
โพนพิสัย	-4.74	-27.32	-53.02	13.15	13.30	-75.59	-21.19
ศรีเชียงใหม่	-57.88	66.06	250.96	87.32	12.56	-61.11	21.83
สังคม	-69.17	-64.24	409.38	113.47	959.00	53.23	18.37
สระใคร	-78.83	-28.83	27.08	4,150.00	-27.66	177.04	13.16
เผ่าไร่	368.54	100.36	-0.44	-2.92	-17.54	-39.96	7.03
รัตนวาปี	4.21	-42.62	206.21	55.37	-55.42	-20.35	-0.20
โพธิ์ตาก	-100.00	-100.00	-24.23	-100.00	-100.00	-100.00	-88.98
รวมทั้งหมด	7.10	8.71	69.27	47.44	-13.12	5.18	16.73

7. การเปรียบเทียบความเข้าใจในคู่มือก่อนและหลังการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ภายหลังพัฒนา พนักงานท้องถิ่นมีความเข้าใจในคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ด้าน โดยด้านที่มีความเข้าใจมากที่สุดคือ คำนิยามและการใช้บริการ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 และ S.D = 0.46, 0.48) และด้านที่มีความเข้าใจน้อยที่สุดคือ การส่งต่อ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 และ S.D = 0.55) เป็นต้น และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในคู่มือก่อนและหลังการการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้าใจในคู่มือก่อนและหลังการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น (N= 136)

ความเข้าใจในคู่มือ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ฯ	ก่อนการส่งเสริม ($\bar{X} \pm S.D.$)	หลังการส่งเสริม ($\bar{X} \pm S.D.$)	p-value
1. คำนิยาม	3.10 $\pm$ 0.60	4.25 $\pm$ 0.46	<0.001*
2. สิทธิประโยชน์	2.90 $\pm$ 0.55	4.09 $\pm$ 0.44	<0.001*
3. การใช้บริการ	2.92 $\pm$ 0.53	4.25 $\pm$ 0.48	<0.001*
4. ขั้นตอนการให้บริการ	3.04 $\pm$ 0.45	4.05 $\pm$ 0.50	<0.001*
5. การส่งต่อ	3.02 $\pm$ 0.42	4.04 $\pm$ 0.55	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

การพัฒนาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมกันพัฒนาแนวทางฯ พบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนา พนักงานท้องถิ่นมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนน้อย ซึ่งส่งผลอย่างยิ่งต่อจำนวนเงินอุดหนุนที่หน่วยบริการเรียกเก็บได้น้อยลงไปด้วย จะเห็นว่า การเข้ารับบริการของพนักงานในท้องถิ่นนั้น สอดคล้องในหลาย ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยกันทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น พนักงานท้องถิ่นบางคนอาจรู้สึกไม่สะดวกใจหากต้องใช้บริการในพื้นที่ที่ตนรู้จักกับเจ้าหน้าที่หรือชาวบ้าน เพราะเกรงเรื่องความลับส่วนตัว เช่น เรื่องโรคประจำตัว สุขภาพจิต หรือปัญหาส่วนตัว และอีกประเด็นพนักงานท้องถิ่นอาจมีสิทธิเบิกค่ารักษายาพยาบาลกับโรงพยาบาลประจำสิทธิมากกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังโรงพยาบาลใหญ่บางพื้นที่ อาจยังไม่สะดวกราบรื่น ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการไปโรงพยาบาลใหญ่ตั้งแต่ต้น ประกอบกับการขาดการรับรู้ถึงสิทธิหรือบริการที่สามารถรับได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่มักให้บริการขั้นพื้นฐาน เช่น การตรวจวัดความดัน ฉีดวัคซีน หรือแจกยาทั่วไป ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของพนักงานท้องถิ่นที่ต้องการการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ซับซ้อน

ในด้านการขาดความมั่นใจในคุณภาพการบริการและความชำนาญของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจทำให้เลือกไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่แทน ดังนั้น สิ่งเหล่านี้จึงมีผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างชัดเจน ดังนั้น ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการของพนักงานท้องถิ่นนั้น จะต้องทำควบคู่กันไปหลายกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้าง ความเข้าใจในระดับบุคคล เกี่ยวกับบริการ การเข้าถึง กระบวนการให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถึงแม้ว่าจะมีคู่มือในการใช้ หรือให้คำแนะนำการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นแต่ก็ยังไม่พอบว่า คู่มือเหล่านั้นยังมีบางประเด็นที่ต้องปรับปรุง อย่างเช่น ในด้านความเข้าใจในเนื้อหา การนำไปใช้ได้จริง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ล้วนสำคัญยิ่งต่อการเข้าถึงบริการของพนักงานท้องถิ่น จะเห็นว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมินั้น เป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรกที่ทำหน้าที่ ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน ตลอดจนประสานงานกับสถานพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น ในลักษณะเครือข่ายหรือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน⁽⁹⁾ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่ม จึงต้องบูรณาการพัฒนาระบบบริการที่สามารถสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการได้

ในการแก้ปัญหาดังกล่าวนี้ การสร้างความเข้าใจและการรับรู้ที่ถูกต้องของพนักงานท้องถิ่นจะช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น ทั้งนี้ ได้มีการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่พนักงานท้องถิ่นในพื้นที่เป้าหมาย รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เผยแพร่การให้บริการบริการ ซึ่งจะช่วยสร้างภาพลักษณ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีหลายปัจจัยที่ต้องพัฒนาต่อไป เช่น พัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เช่น ใช้ระบบ e-Referral ที่สามารถนัดหมายหรือส่งต่อข้อมูลได้อัตโนมัติ รวมถึงการให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทเป็น “ผู้จัดการกรณีผู้ป่วย” เพื่อประสานข้อมูลกับโรงพยาบาลหลัก สิ่งเหล่านี้จะสามารถกระตุ้นการเข้าถึงบริการของพนักงานท้องถิ่นให้เข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น

จะเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและจะมีส่วนช่วยในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยต้องดำเนินการกิจกรรมต่างๆไปพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพซึ่งภายหลังการพัฒนาฯ พบว่า จำนวนครั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับนิมอนด์ สายรัตน์ (2566)⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษา การประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ พบว่าระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ มีรูปแบบการจ่ายที่แตกต่างกันและยังมีการจ่ายไม่ครบถ้วนตามรายการบริการของประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ อีกทั้งมีปริมาณการใช้บริการที่แตกต่างกัน โดยอัตราการมารับบริการผู้ป่วยนอกมากที่สุดคือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3.44 ครั้งต่อคนต่อปี รองลงมาคือระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2.88 ครั้งต่อคนต่อปี และระบบประกันสังคม 2.49 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีจำนวนเงินชดเชยค่ารักษายาบาลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับชนกพร ภูมิการีย์ และคณะ (2566)⁽¹¹⁾ ที่พบว่ากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมใหม่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ทันเวลา และครบถ้วน โดยจากการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ พบว่า อัตราความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการผู้ป่วยในเท่ากับร้อยละ 93.33 สามารถส่งข้อมูลเบิกชดเชย ค่าบริการผู้ป่วยในได้ทันเวลาที่กำหนดร้อยละ 100 และหลังจากการพัฒนาพบว่า

กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งจากระบบการพัฒนาส่งผลให้การเบิกชดเชยและขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินงานไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ในส่วนความเข้าใจในคู่มือการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ภายหลังการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขภาพรวมมีความเข้าใจอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างจากก่อนใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นว่า ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เกี่ยวกับสถานการณ์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบแนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยสร้างความเข้าใจในสิทธิต่าง ๆ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการจัดการสร้างความรู้ความเข้าใจผ่านการฝึกอบรม กระบวนการชี้แจง สอบถามข้อสงสัยในการรักษา การใช้สิทธิเบิกจ่าย ตลอดจนบางประเด็นของคู่มือที่พนักงานท้องถิ่นไม่เข้าใจ จนสามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับคู่มือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข นำไปสู่การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของอัญญา กนกวิจิตร และคณะ (2563)⁽¹²⁾ พบว่า ควรมีการพัฒนาตามองค์ประกอบต่าง ๆ คือ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง ได้แก่ การจัดให้มีและใช้สมุดประจำตัว การรับรู้การดำเนินของโรค การมีส่วนร่วมในการรักษายาพยาบาล 2) การออกแบบระบบบริการ การสร้างความร่วมมือจากบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในเครือข่ายเดียวกัน และการมีอาสาสมัครสาธารณสุขและจิตอาสาสมัครให้บริการผู้ป่วยขณะมารับบริการและติดตามเยี่ยมบ้าน มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการและการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะด้านกำลังคน มีการสะท้อนปัญหาสุขภาพของประชาชนผ่านทางผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมของจิตอาสา การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งที่เป็นภาครัฐและเอกชนในการสนับสนุนระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวทางการเข้าถึงบริการสาธารณสุขไปปรับใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยความร่วมมือของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และครอบคลุมในพื้นที่
2. ควรสร้างความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการรักษายาพยาบาลที่พึงได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะความเข้าใจในสิทธิต่าง ๆ จะนำมาซึ่งการเข้าไปใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น
3. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึงจะกระตุ้นให้พนักงานในท้องถิ่นเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น รวมถึงพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจให้พนักงานในท้องถิ่นเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้นเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินประสิทธิผลของแนวทางการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีการบูรณาการสิทธิประโยชน์สวัสดิการรักษายาพยาบาลเพื่อลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการของทุกสิทธิ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. National Health Security Office. National Health Security Fund Administration Guideline 2016. Bangkok. National Health Security Office; 2016.
2. Pondsathorn P. Health at a Glance Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2566; 96-98.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการเข้ารับบริการเบิกจ่ายค่ารักษายาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบสารสนเทศโปรแกรม e-Claim [อินเทอร์เน็ต] 2567. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://eclaim.nhso.go.th/webComponent/news/NewsDetailAction.do?id=831>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานประจำปี 2566 .หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. 2567; 191-193.
7. พัชร มณีไพโรจน์, ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ. สิทธิในการได้รับสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของรัฐไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563;13(1):300-309.
8. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานและแนวทางการออกแบบสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ[อินเทอร์เน็ต] 2558. [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-16-28-16-196446.pdf.

10. นิมนงค์ สายรัตน์. การประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 32(2): 351-361.
11. ชนกพร ภูมิการีย์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 6(3): 62-72.
12. อัญณา กนกวิจิตร อัญชลี, เหมชะญาติ ,ฉอเลาะ ธรรมวิริยะ. การพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563; 6(1): 123-139.